



Esta obra está bajo una [Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-CompartirIgual 2.5 Perú](http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/2.5/pe/).

Vea una copia de esta licencia en <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/2.5/pe/>

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTIN TARAPOTO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA



TESIS

PREVENCIÓN DEL EMBARAZO EN ADOLESCENTES: FACTORES
SOCIOECONÓMICOS Y NIVEL DE CONOCIMIENTO EN PACIENTES
ATENDIDAS EN EL HOSPITAL MINSA II – 2 TARAPOTO, JULIO –
DICIEMBRE 2015.

AUTORES

Bach. En Obst. Maricela Mendoza Mendoza

Bach. En Obst. Belissa Cecilia Adrianzén Núñez

ASESOR

Obsta Mg. Lloy Américo Vargas Dazza

TARAPOTO - PERÚ

2015

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTIN TARAPOTO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA



TESIS

**“PREVENCIÓN DEL EMBARAZO EN ADOLESCENTES:
FACTORES SOCIOECONÓMICOS Y NIVEL DE CONOCIMIENTO
EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL MINSA II – 2
TARAPOTO, JULIO – DICIEMBRE 2015”.**

JURADO CALIFICADOR

Obsta.Dra. Lolita Arévalo Fasanando

PRESIDENTE

Obsta.Mg. Natividad L.Macedo Rodríguez

MIEMBRO

Obsta.Dr. José M.Delgado Bardales

MIEMBRO

DEDICATORIA

A Dios, por estar siempre a mi lado y darme la oportunidad de alcanzar esta meta y las fuerzas para seguir siempre adelante, también por regalarme cada día la vida y cuidar a los seres que más amo, sobre todo iluminar mi camino por el bien y conducirme con sabiduría.

A mis padres, por confiar en mí y en mis retos, a mi madre por su apoyo incondicional y sus sabios consejos para continuar. A mis hermanos, por su apoyo y fortaleza para seguir adelante, a toda mi familia por enseñarme la perseverancia de la vida, el amor para realizar cada acción y sobretodo de permitirme creer en mí para alcanzar mis metas.

Al amor de mi vida por ser mi mejor inspiración para seguir adelante y por su apoyo incondicional.

BELISSA

A Dios, por acompañarme y darme la oportunidad de vivir este logro y la fuerza para seguir siempre adelante, por ser mi fortaleza en los momentos de debilidad, por regalarme cada día la vida y a los seres que más amo y sobre todo iluminar mi camino y conducirme con sabiduría.

A mis padres, por creer en mí y en mis sueños, a mi madre por su apoyo incondicional, por sus consejos y ánimos para continuar, fue la primera persona quien me enseñó con la gracia de DIOS a respetar, valorar y amar la vida y su entorno, enseñándome así, que la mayor virtud que puede tener el hombre, es el poder dar sin recibir nada a cambio. A mis hermanos, porque me dan fortaleza cuando me siento débil, enseñándome la perseverancia de la vida y el amor para realizar cada acción.

MARICELA

AGRADECIMIENTO

Gracias a Dios todopoderoso por permitirnos hacer nuestros sueños realidad y demostrarnos que cada obstáculo en el camino, es un impulso más hacia la gloria, por darnos la vida para culminar esta etapa de nuestras vidas, estar siempre con nosotros y no dejarnos solas en momentos en que más lo necesitamos.

Infinitas gracias a nuestros padres por los valores que nos han inculcado y por darnos la oportunidad de tener una excelente educación en el transcurso de nuestras vidas, quienes día a día nos llenaron de sabios consejos y quienes a pesar de la distancia confiaron en nosotras y en todo lo que somos capaces de hacer.

Nuestro más profundo agradecimiento a la Universidad Nacional de San Martín-T, por abrirnos las puertas para formarnos profesionalmente. A la vez a los docentes de la Escuela Profesional de Obstetricia, quienes nos acompañaron en este camino, dándonos las herramientas necesarias para enfrentar el mundo laboral.

A nuestro asesor Obsta. Mg. Lloy Americo Vargas Dazza, por su paciencia, orientación y apoyo constante en la realización del trabajo de investigación.

Al Hospital MINSA II-2 Tarapoto por habernos facilitado obtener la información necesaria para la elaboración de nuestro trabajo de investigación.

Las Autoras

INDICE DE CONTENIDOS

DEDICATORIA.....	iii
AGRADECIMIENTO.....	v
INDICE DE CONTENIDOS.....	vi
INDICE DE TABLAS.....	viii
RESUMEN.....	xi
ABSTRACT.....	xii
TITULO.....	1
I. INTRODUCCIÓN.....	1
1.1. Marco Conceptual.....	1
1.2. Antecedentes	5
1.3. Bases Teóricas.....	15
1.4. Justificación.....	37
1.5. Problema.....	41
II. OBJETIVOS	
2.1. Objetivo General.....	41
2.2. Objetivos Específicos.....	41
2.3. Hipótesis de Investigación.....	42
2.4. Operacionalización de Variables.....	43
III. MATERIALES Y METODOS	46
3.1. Tipo de estudio.....	46
3.2. Diseño de investigación.....	46
3.3. Universo, población y muestra.....	46

3.4.	Procedimiento.....	48
3.5.	Métodos e instrumento de recolección de datos.....	49
3.6.	Plan de tabulación y análisis de datos.....	50
IV.	RESULTADOS	51
V.	DISCUSION	58
VI.	CONCLUSIONES.....	67
VII.	RECOMENDACIONES	68
VIII.	REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	69
IX.	ANEXOS	76

INDICE DE TABLAS

N°	TITULO	PAG.
01	Factores Sociales en gestantes adolescentes atendidas en el Hospital MINSA II – 2 Tarapoto, Julio - Diciembre 2015	50
02	Factores Económicos de las gestantes adolescentes atendidas en el Hospital MINSA II – 2 Tarapoto, Julio - Diciembre 2015	52
03	Nivel de Conocimiento sobre medidas de prevención del embarazo en gestantes adolescentes atendidas en el Hospital MINSA II– 2 Tarapot, Julio - Diciembre 2015	53
04	Algunas respuestas a las preguntas emitidas para evaluar el nivel de conocimiento sobre la prevención del embarazo en gestantes adolescentes atendidas en el Hospital MINSA II – 2 Tarapoto, Julio - Diciembre 2015.	54
05	Principales factores sociales de mayor influencia en el nivel de conocimiento sobre medidas de prevención del embarazo en adolescentes atendidas en el Hospital MINSA I I– 2 Tarapoto, julio – Diciembre 2015.	55
06	Principales Factores Económicos de mayor influencia en el nivel de conocimiento sobre medidas de prevención del embarazo en adolescentes atendidas en el Hospital MINSA II– 2 Tarapoto, julio – Diciembre 2015	56
07	Edad y Nivel de Conocimiento sobre medidas de prevención del embarazo en adolescentes atendidas en el Hospital MINSA II– 2 Tarapoto, julio – Diciembre 2015	79

08	Estado Civil y Nivel de Conocimiento sobre medidas de prevención del embarazo en adolescentes atendidas en el Hospital MINSA II– 2 Tarapoto, julio – Diciembre 2015	80
09	Grado de Instrucción y Nivel de Conocimiento sobre medidas de prevención del embarazo en adolescentes atendidas en el Hospital MINSA II– 2 Tarapoto, julio – Diciembre 2015	80
10	Tipo de Institución Educativa y Nivel de Conocimiento sobre medidas de prevención del embarazo en adolescentes atendidas en el Hospital MINSA II– 2 Tarapoto, julio – Diciembre 2015	81
11	Procedencia y Nivel de Conocimiento sobre medidas de prevención del embarazo en adolescentes atendidas en el Hospital MINSA II– 2 Tarapoto, julio – Diciembre 2015	82
12	Inicio de Relaciones Sexuales y Nivel de Conocimiento sobre medidas de prevención del embarazo en adolescentes atendidas en el Hospital MINSA II– 2 Tarapoto, julio – Diciembre 2015	82
13	Convivencia con los Padres y Nivel de Conocimiento sobre medidas de prevención del embarazo en adolescentes atendidas en el Hospital MINSA II– 2 Tarapoto, julio – Diciembre 2015	83
14	Religión y Nivel de Conocimiento sobre medidas de prevención del embarazo en adolescentes atendidas en el Hospital MINSA II– 2 Tarapoto, julio – Diciembre 2015	84
15	Padre y/o madre trabajan y Nivel de Conocimiento sobre medidas de prevención del embarazo en adolescentes atendidas en el Hospital MINSA II– 2 Tarapoto, julio – Diciembre 2015	85

16	Pareja Trabaja y Nivel de Conocimiento sobre medidas de prevención del embarazo en adolescentes atendidas en el Hospital MINSA II– 2 Tarapoto, julio – Diciembre 2015	86
17	Ingreso Familiar y Nivel de Conocimiento sobre medidas de prevención del embarazo en adolescentes atendidas en el Hospital MINSA II– 2 Tarapoto, julio – Diciembre 2015	87
18	Dependencia Económica y Nivel de Conocimiento sobre medidas de prevención del embarazo en adolescentes atendidas en el Hospital MINSA II– 2 Tarapoto, julio – Diciembre 2015	87

RESUMEN

La presente investigación titulada “Prevención del embarazo en adolescentes: factores socioeconómicos y nivel de conocimiento en pacientes atendidas en el Hospital MINSA II – 2 Tarapoto, julio – diciembre 2015”, estudio cuantitativo, descriptivo, correlacional, transversal, cuya muestra fue 92 gestantes adolescentes, utilizó como metodología la encuesta y como instrumento un cuestionario.

Los resultados fueron: las gestantes adolescentes presentaron como factores sociales: 87% (80) edad 17 - 19 a; 63% (58) convivientes; 65,2% (60) grado de instrucción secundaria y proceden de zona rural, 56,5% (52) son católicas, 52,2% (48) iniciaron sus relaciones sexuales entre 17 – 19 a, 34,8% (32) viven con otro familiar. Como factores económicos: 97,8% (90) su padre o madre trabajan, 93,5% (86) la pareja trabaja, 73,9% (68) dependen económicamente de la pareja, 56,5%(52) el ingreso familiar oscila en 501 – 999 soles. El nivel de conocimiento sobre medidas preventivas del embarazo fue medio 39,1%(36) a Alto 32,6%(30).

En conclusión los principales factores socioeconómicos de mayor influencia en el nivel de conocimiento sobre medidas de prevención del embarazo en adolescentes son: grado de Instrucción ($X^2 = 8,975$; $p = 0,0110$), tipo de Institución Educativa ($X^2 = 10,776$; $p = 0,0050$), Ingreso Familiar ($X^2 = 9,961$; $p = 0,0460$) y que la pareja trabaje ($X^2 = 8,147$; $p = 0,0170$).

.

Palabras claves: embarazo adolescente, prevención, factores sociales, factores económicos.

ABSTRACT

This research entitled "Adolescent Pregnancy Prevention: socioeconomic factors and knowledge level in patients treated at MINSA II Hospital - 2 Tarapoto, July-December 2015", quantitative, descriptive, correlational, cross, whose sample was 92 pregnant teenagers, I use as the survey methodology and an a questionnaire as a tool.

The results were: pregnant adolescents presented as social factors: 87% (80) age 17 to 19 a; 63% (58) cohabitants; 65.2% (60) grade of secondary education and come from rural areas, 56.5% (52) are Catholic, 52.2% (48) started their sex between 17-19 to 34.8% (32) live with another family. As economic factors: 97.8% (90) a parent working, 93.5% (86) the couple works, 73.9% (68) are economically dependent on the couple, 56.5% (52) income family ranges in 501-999 soles. The level of knowledge about pregnancy prevention measures was average 39.1% (36) High 32.6% (30).

In conclusion the main socioeconomic factors most influence on the level of knowledge on prevention of teen pregnancy are: education level ($X^2 = 8.975$; $p = 0.0110$) type of educational institution ($X^2 = 10.776$; $p = 0.0050$), Family Income ($X^2 = 9.961$; $p = 0.0460$) and that the couple work ($X^2 = 8.147$; $p = 0.0170$)

Keywords: teenage pregnancy prevention, social factors, economic factors.

TITULO:

PREVENCIÓN DEL EMBARAZO EN ADOLESCENTES: FACTORES SOCIOECONÓMICO Y NIVEL DE CONOCIMIENTO EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL MINSA II – 2 TARAPOTO, JULIO – DICIEMBRE 2015.

I. INTRODUCCION:**1.1. Marco Conceptual:**

El embarazo adolescente es un hecho mucho más frecuente de lo que la sociedad quisiera aceptar; son experiencias difíciles que afectan la salud integral tanto como para los padres adolescentes como familiares y la sociedad en sí. Según, Ana Ramírez Antonio; en el 2012, menciona que cada año en el mundo hay 14 millones de adolescentes de 13 a 18 años que se embarazan y en México “existen 17 millones de personas de 12 a 18 años de edad, de los cuales 49.6% son mujeres (1).

Debido a la susceptibilidad que se presenta en esta etapa de su vida, por los cambios definitivos, son más propensos a convivir con factores que generen conductas de riesgo para su salud, en especial en el aspecto sexual, ya que en esta etapa inician su vida sexual activa y de acuerdo a los investigadores de este tema dicen que tan solo en América Latina y el Caribe el 18% de todos los nacimientos son de madres adolescentes de 13 a 18 años, ubicando a México y Panamá con una tasa de fecundidad alta, con tendencia al aumento (2).

Las cifras de embarazos en la adolescencia no son exactas, ya que se establecen principalmente de los registros de hospitales y centros de salud en los cuales se excluyen a quienes no solicitan sus servicios. Las mujeres de 18 años son quienes concentran alrededor de la mitad de los nacimientos registrados en la adolescencia, mientras que la distribución de nacimientos en menores de 18 años permanece estable”. En el 2007 se registró que al “año eran 14 millones de adolescentes que daban a luz, de entre 15 y 18 años” (3).

En todas las regiones del mundo, las niñas rurales empobrecidas y con una educación deficiente son más proclives a quedar embarazadas que las niñas urbanas, más ricas y educadas. Las niñas que pertenecen a una minoría étnica o a un grupo marginalizado, que no tienen opciones ni oportunidades en la vida, o que tienen un acceso limitado o nulo a la salud sexual y reproductiva, incluida la información y servicios sobre anticonceptivos, también son más proclives a quedar embarazadas. La mayoría de los partos en adolescentes en el mundo, el 95%, ocurren en países en desarrollo, y nueve de cada 10 de estos partos ocurren dentro de un matrimonio o unión. Alrededor del 19% de las jóvenes en países en desarrollo se quedan embarazadas antes de los 18 años de edad, 2 millones de los 7,3 millones de partos de adolescentes menores de 18 que

ocurren cada año en los países en desarrollo son partos de niñas menores de 15 años (4).

En muchas regiones del Perú, el embarazo a muy temprana edad es parte del patrón cultural de la zona y por lo tanto, es aceptado por los grupos sociales; esto representa un gran problema para los adolescentes cuyo embarazo no ha sido planificado: se da en parejas que no han iniciado su vida en común o en situaciones de unión consensual, lo que generalmente, termina con el abandono de la mujer y del hijo, configurando así el problema social de la "madre soltera"(5).

Las adolescentes quedan embarazadas por una serie de razones. En la mayoría de casos es por falta de información, consejo, medidas preventivas o por tradiciones y prácticas culturales. El embarazo precoz es la segunda causa de deserción escolar debido a que muchas de las futuras madres abandonan la escuela para hacerse cargo del recién nacido (6).

El 49.2% de la población adolescente en el Perú son mujeres y el 12.5 % de este grupo están embarazadas o ya son madres. Estas cifras reflejan un problema de salud pública, ya que el embarazo adolescente es una causa de muerte materna y en muchas ocasiones terminan en abortos inducidos en condiciones

clandestinas e inseguras que producen serias lesiones e incluso la muerte de la madre (6).

Si bien este problema ocurre en todo el mundo y en diferentes niveles socioeconómicos, está absolutamente ligado con la pobreza y la educación. La prevalencia del embarazo adolescente se concentra en grupos con gran desventaja social, con niveles de escolaridad bajos, situaciones económicas precarias y antecedentes de marginación, las más afectadas viven en zonas rurales, alrededor del 21,5%, y en la selva son el 27,5% (7, 8, 9).

Por lo anterior mencionado es que consideramos importante conocer cuáles son los factores socioeconómicos que influyen en el embarazo en adolescentes y su relación con el nivel de conocimientos en la prevención del mismo, primeramente desde el aspecto social, se verá la perspectiva familiar para analizar la importancia que tiene en las jóvenes el hecho de desarrollarse dentro de un hogar bien estructurado y las influencias negativas que genera el pertenecer a una familia inestable o desintegrada; además se establecerá el aspecto económico donde la pobreza y postergación han permitido incrementar el problema, lo cual genera la importancia para evitar un embarazo no planificado.

El presente trabajo de investigación se realizará en el Hospital MINSA II – 2 Tarapoto, del cual se obtendrá la información

mediante encuestas relacionadas a los factores sociales que influyen en el embarazo, y esto será exclusivamente desarrollado en adolescentes embarazadas que asisten a su atención prenatal.

1.2. Antecedentes:

Merino E, Rosales E, López C. (2010) en su estudio “Factores que influyen en el embarazo de las adolescentes inscritas en el programa de atención materna de unidad de salud Altavista, enero a junio de 2010”, El Salvador, participaron 38 adolescentes embarazadas inscritas en el programa. Resultados: El mayor número de las adolescentes encuestadas expuso que no usaron ningún método de planificación familiar; la mitad de las adolescentes entrevistadas dijeron que los métodos de planificación familiar que conocen son: las inyecciones, pastillas y el preservativo, y solamente tres de las jóvenes dicen no conocer ningún método de planificación familiar; y no conocer o no saben sobre el uso correcto de los métodos de planificación familiar. Menos de la mitad de las adolescentes expresaron que los ingresos económicos para el sostenimiento de la familia provenían de ambos progenitores (Padre y Madre), a diferencia de una quinta parte de ellas dijeron que el sostenimiento provenía solo de la madre; la mitad de las adolescentes entrevistadas dijo que la información sobre salud sexual y reproductiva, la obtuvieron de la escuela o del instituto educativo, 8 adolescentes

manifestaron que nadie les había hablado del tema. El inicio de relaciones sexuales en este grupo de adolescentes embarazadas fue a la edad de los 16 años (15 adolescentes); otro grupo de adolescentes, expresó, que iniciaron su actividad sexual entre los 17 años (9 adolescentes) y 18 años (6 adolescentes). En conclusión el embarazo en las adolescentes es el producto de la falta de información sobre los métodos anticonceptivos, el sexo sin protección, la falla anticonceptiva o el uso incorrecto de anticonceptivo, la falta de conocimiento de los temas de salud sexual y reproductiva que condiciona a la adolescente a adoptar estilos de vida no saludables y por ende comportamientos sexuales de riesgo (10).

Vega R, Hernández G. (2009), en su estudio “Factores que intervienen en el embarazo precoz en las mujeres menores de 18 años de la Comunidad Nueva Libertad Sayaxche Peten”, Guatemala, cuyo objetivo fue describir los factores que intervienen en el embarazo precoz en las mujeres menores de 18 años, investigación con enfoque cuantitativo y descriptivo, que tuvo como población de estudio a 24 mujeres embarazadas menores de 18 años. Los resultados: El 54% refieren no recibir información sobre los riesgos que tiene una mujer al embarazarse antes de los 18 años de edad, el 45% manifestó recibir algún grado de orientación, sin embargo esta carece de calidad, en el factor geográfico, el 13% indica que el centro de salud les queda

muy lejos y esta preocupación debe sumarse al 4% que indica que el centro de salud se mantiene cerrado. Es posible que esto dé como resultado que el 84% de las madres entrevistadas no asistan a sus controles prenatales. En los factores socioculturales y económicos, el 21% de las madres entrevistadas si fueron influenciadas. En conclusión podemos afirmar que si existe embarazos precoces debido a la influencia de los factores sociales (11).

Alarcón R, Coello J, Cabrera J, Monier G. (2009), en su estudio “Factores que influyen en el embarazo en la adolescencia”, Cuba, estudio observacional y analítico, cuya población fue adolescentes que se embarazaron y dieron a luz (casos) y otro grupo no se embarazaron (controles), pertenecientes al Policlínico José Martí Pérez del Municipio Santiago, estudio caso y controles por cada 1 caso 3 controles, la muestra fue 25 adolescentes (menores de 18 años), quienes concibieron y culminaron su gestación en parto. La muestra aleatoria simple fue 75 adolescentes. Resultados: se reportaron 116 casos para un 17%. De los cuales la influencia de la educación familiar nos permiten inferir que todas las adolescentes cuya familia le brindó una educación inadecuada tiene 5,65 veces más probabilidades de concebir un embarazo en edades tempranas de la vida. Se observó que el 36% de los casos no convivían con sus padres, mientras que en los controles esto sucedió en un 26,7% por lo

tanto queda demostrada que las adolescentes que no vivían con sus padres tenían 2,61 veces más probabilidad de concebir un embarazo no deseado que las que si conviven con sus padres. Queda demostrado que las adolescentes que no conversan de la sexualidad con sus padres tienen 12,5 veces más probabilidad de concebir un embarazo no deseado. También se demostró que las adolescentes que no reciben apoyo espiritual y económico de la pareja o la familia tienen 18 veces mayor probabilidad de concebir un embarazo que las que sí lo reciben. El 68% de la población estudiada no usa ningún método anticonceptivo siendo más evidente esta situación en las muchachas que se embarazaron, mientras que en los controles esto se comportó en un 44%. El 72% de las jóvenes que se embarazaron mantenían una relación inestable mientras que en los controles esta característica se observó en el 22,7%. En conclusión, se demostró que si existió influencia entre los factores dependientes de la vida familiar y personal de las adolescentes y la incidencia de gestaciones precoces, como: el no tener relaciones adecuadas con los padres, no recibir apoyo espiritual y económico de la pareja, no mantener relaciones estables de pareja y no conversar con los padres aspectos de sexualidad y reproducción (12).

Reyes R, Zeuli L. (2009), en su estudio “Factores que predisponen la ocurrencia de embarazos en adolescentes. Colonia flor del campo, Comayagüela, Honduras”, teniendo como

objetivo analizar los factores que predisponen la ocurrencia a embarazos en adolescentes, realizado con 81 adolescentes de 13 a 18 años, que acudieron a consulta prenatal a la Clínica de Atención Integral del Adolescente. Resultado: la edad en que predominó la ocurrencia de embarazos fue de 16 y 18 años, pero un 14% tenían entre 13 y 14 años, siendo para un 81% su primer embarazo, un 39% ha cursado su primaria completa y en un 36% secundaria incompleta, iniciaron su vida sexual después de los 14 años en un 58%, siendo adolescentes de escasos recursos económicos provenientes de familias desintegradas donde no existe comunicación entre padres e hijos (13).

Pantoja G, Pinto M, Suarez M. (2009) en su estudio “Factores que influyen en las adolescentes embarazadas que acuden a la consulta Prenatal del Ambulatorio urbano tipo I “El Ujano”. Barquisemeto, junio noviembre 2009”, estudio descriptivo transversal a todas las adolescentes que acudieron a la consulta Pre Natal del Ambulatorio urbano tipo I. Resultados: El 50% de las adolescentes encuestada están entre la edad de 15 a 17 año, el 62% son solteras, 62.5% tienen secundaria completa, 18.75% secundaria incompleta, además el 43.75% son amas de casa, 18.7 estudiantes y el 87.5% viven en zonas rurales. 56% iniciaron sus relaciones sexuales entre los 12 – 15 años, 31% entre los 15-17 años. 37% tuvieron una sola pareja y el 36.5% tuvieron 3 a más parejas. 50% son primigestas y el 37.5% multíparas. 87.5%

no utilizaron ningún método anticonceptivo. 88% fue un embarazo no planificado y el 50% tenían antecedentes familiares de embarazo precoz. En conclusión de esta investigación se observó que el 50% de las adolescentes embarazadas se encontraban en edad media (15-17 años), un 62.5% son solteras, 43.7% son amas de casa y el 87.5 viven en zonas rurales (14).

Sánchez A. (2009), en su estudio “Embarazo Adolescente, caso del Hospital Obstétrico Pachuca, México”, cuyo objetivo fue identificar y describir las características de las adolescentes embarazadas que reciben atención prenatal en el Hospital Obstétrico Pachuca. Estudio descriptivo, cuya muestra fue 51 pacientes de 13 a 18 años que asisten a la consulta externa y hospitalización. Resultados: la edad más frecuente de las adolescentes embarazadas son las de 17 años representando al 31.4 %. El nivel educativo de este grupo representa al 58.8% que solo han concluido la secundaria completa. Que la edad en que iniciaron su primera relación sexual fue a los 16 años, teniendo un porcentaje de 27.5%, luego fue de 15 años con un 23.5% del total. Que el 80.4% tuvo conocimiento sobre Planificación Familiar pero la información que recibieron no la utilizaron correctamente. En conclusión la adolescencia es un periodo conflictivo debido a que la joven debe adaptarse a todos los cambios biológicos como psicológicos. También que la edad más frecuente en la que se da

un embarazo adolescente es a los 17 años y el factor que más reincide es el económico (15).

Gonzales M, Miranda R. (2013), en su estudio Factores biopsicosociales relacionados al embarazo en adolescentes del Centro Materno Infantil "Juan Pablo II" de Villa El Salvador 2013, Lima Perú, estudio descriptivo, transversal, prospectivo, observacional, basado en 94 gestantes adolescentes que acudían a ser atendidas en el servicio de Obstetricia. Resultados: el inicio precoz de relaciones sexuales fue de un 100%; el 94.7% no tuvo presión de amigos para iniciar sus relaciones sexuales y el 91.5% son de bajos recursos económicos, el 63.8% tuvo inestabilidad familiar, la relación del tipo de crianza fue de 50%; y el 26.6% de los casos sus madres experimentaron el embarazo en la adolescencia, también tuvo relación la comunicación intrafamiliar que se presentó en el 58.5%; de este porcentaje el 45.7% tuvo una comunicación intrafamiliar inadecuada. Al relacionar los factores biopsicosociales se concluye que los factores sociales del entorno familiar están relacionados al embarazo en adolescentes significativamente en comparación con los otros factores (16)

Ventura A. (2013), en su estudio "Significado social del embarazo adolescente desde la perspectiva del adolescente de la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo – Chiclayo, Perú

2013, cuyo objetivo fue caracterizar, analizar y discutir el significado social del embarazo adolescente desde la perspectiva de los adolescentes USAT. Se fundamentó la Teoría de las Representaciones Sociales, propuesta por Moscovici. Se usó metodología cualitativa, muestra 15 estudiantes de la Facultad de Medicina, instrumentos fueron el Cuestionario Socio Demográfico, y la Entrevista Semiestructurada. Durante toda la investigación se respetó, los principios de rigor científico y de bioética. Finalizando la investigación se obtuvo cuatro categorías: Conductas precoces sexuales ancoradas como causal del Embarazo Adolescente; Embarazo Adolescente: Representado como error, irresponsabilidad e inmadurez; Familia y Sociedad en la repercusión del futuro de la Adolescente embarazada; Un nuevo ser: Fortaleza para construir una nueva etapa en la vida del adolescente. (17).

Fernández C. (2010), en su estudio “Perfil epidemiológico del embarazo en adolescentes en el Hospital Amazónico de Yarinacocha, Ucayali - periodo 2010”, la muestra estuvo conformada por 979 adolescentes embarazadas atendidas durante el año de estudio y que constituyó el 100% de la población accesible, reportado por el registro del sistema informático perinatal (SIP2000). Se empleó el enfoque cuantitativo, no experimental, descriptivo de diseño simple. Conclusiones: la edad promedio de las embarazadas

adolescentes fue de 17.1 años; de estado civil solteras 24.8%; de grado de instrucción secundaria incompleta 50.3% de ocupación ama de casa 88.0%; sin control prenatal 21.7%. Los factores obstétricos que incrementa la presencia de patologías en la adolescente embarazada terminaron por cesárea el 14.6%; presentaron anemia el 41.6%, así como el 17.1% declaro haber tenido por lo menos un aborto. Las patologías preexistentes y presentes en las adolescentes embarazados fueron: trastornos hipertensivo 3.2% y infección urinaria 25.3%. La mortalidad materna en embarazo adolescente en el Hospital Amazónico de Yarinacocha fue de un caso registrado en el año 2010, que representa una tasa de 10 x 100 mil N.V. (18).

Diego P, Huarcaya G. (2009), en su estudio “Factores Socioeconómicos y reproductivos asociados al embarazo reincidente en adolescentes-Instituto Nacional Materno Perinatal”, Lima Perú, estudio de Casos y Controles, muestra 80 adolescentes entre 15 y 19 años, 40 primigestas (controles) y 40 multigestas (casos). Resultados: El 65% de las multigestas tuvieron la influencia de un familiar que se embarazo en la adolescencia, el 35% de las embarazadas refirió tener una mala relación con sus padres, el 60% de las embarazadas refirieron que la reacción de sus parejas fue positiva, el 70% de las multigestas refirieron nunca haber usado un método anticonceptivo. En conclusión los factores familiares y el inicio de

relaciones sexuales a edad muy temprana están asociados al embarazo precoz (19).

Tuanama, L. (2013), en su estudio factores psicosociales predisponentes del embarazo en adolescentes atendidas en el Hospital MINSA II - 1 Moyobamba, marzo - mayo 2013, San Martín Perú, investigación cuantitativa, descriptiva simple, la muestra fue 32 adolescentes embarazadas, utilizó una encuesta. Resultados: los factores psicosociales más relevantes fueron la sexualidad mal orientada, ya que el 96.9% de las adolescentes embarazadas tuvo un comportamiento sexual inadecuado; el 93.8% de las adolescentes embarazadas mantuvo una deficiente comunicación con sus padres y el 62.5% de las adolescentes embarazadas inicio su vida sexual entre las edades de 14 – 15 años. Otro factor relevante tenemos el inadecuado ambiente familiar, en el 56.3% de las adolescentes, cuyos padres son separados/ divorciados y el 25% de las adolescentes tiene padres solteros, ello muestra que la situación conyugal inestable de los padres afecta directamente al adolescente. En conclusión la sexualidad mal orientada y el inadecuado ambiente familiar son los factores predisponentes del embarazo adolescente (20).

Navarro M, López A. (2012), en su estudio Nivel de conocimiento y actitudes sexuales en adolescentes de la Urbanización Las Palmas – Distrito de Morales, periodo junio setiembre 2012, San

Martín Perú, estudio descriptivo simple, transversal, cuya muestra fue 79 adolescentes de 14 a 19 años. Resultados: el 50.6% de los adolescentes se ubican en el grupo de edad de 14 a 16 años; el 68.4%, son estudiantes; el 60.8% tienen pareja; el 54.7% inició sus actividades sexuales entre las edades de 12 - 15 años. Asimismo, tienen un buen nivel de conocimiento sobre sexualidad, el 70.9% con un nivel de conocimiento alto y 22.8% con nivel de conocimiento medio. Tiene un nivel de conocimientos alto en las dimensiones: Anatomía y Fisiología Sexual el 43.0%; sobre salud sexual y reproductiva el 57%; en prevención de ITS y VIH-SIDA, el 50.6%; y sobre los métodos anticonceptivos, el 56%. En lo referido a las actitudes sexuales de los adolescentes la urbanización presentan actitudes sexuales favorables como: sexualidad, el 79.7%; responsabilidad y prevención del riesgo sexual 83.5%; en la dimensión libertad para tomar decisiones el 58.2%; en la dimensión de autonomía el 81.0%; en la dimensión sexualidad y amor obtuvo el 74.7%. Conclusión: se acepta la hipótesis por existir un nivel de conocimiento alto y las actitudes sexuales favorables en los adolescentes de la Urbanización las Palmeras del distrito de Morales (21).

1.3. Bases teóricas:

Adolescencia:

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define como adolescencia al "período de la vida en el cual el individuo

adquiere la capacidad reproductiva, transita los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y consolida la independencia socio – económica" y fija sus límites entre los 10 y 18 años. Adolescente es el que "está en edad que sucede a la niñez y que transcurre desde la pubertad hasta el completo desarrollo del organismo". Por lo tanto, el adolescente es el que está en un periodo que antecede a la juventud (22).

La adolescencia es un período de transición entre la niñez y la adultez. Su caracterización depende de una serie de variables: ubicación ecológica (referidos al medio ambiente natural), estrato socioeconómico, origen étnico y período de la adolescencia, entre otros. La adolescencia se divide en las siguientes etapas:

***Adolescencia temprana (10 a 13 años):** Biológicamente, es el periodo peri puberal, con grandes cambios corporales y funcionales como la menarquía. Psicológicamente, el adolescente comienza a perder interés por los padre se inicia amistades básicamente con individuos del mismo sexo. Intelectualmente, aumentan sus habilidades cognitivas y sus fantasías; no controla sus impulsos y se plantea metas vocacionales irreales. Personalmente, se preocupa mucho por sus cambios corporales con grandes incertidumbres por su apariencia física (23).

***Adolescencia media (14 a 16 años):** Es la adolescencia propiamente dicha; cuando ha completado prácticamente su crecimiento y desarrollo somático. Psicológicamente, es el período de máxima relación con sus pares, compartiendo valores propios y conflictos con sus padres. Para muchos, es la edad promedio de inicio de experiencia y actividad sexual; se sienten invulnerables y asumen conductas omnipotentes casi siempre generadoras de riesgo. Muy preocupados por apariencia física, pretenden poseer un cuerpo más atractivo y se manifiestan fascinados con la moda (23).

***Adolescencia tardía (17 a 19 años):** Casi no se presentan cambios físicos y aceptan su imagen corporal; se acercan nuevamente a sus padres y sus valores presentan una perspectiva más adulta; adquieren mayor importancia las relaciones íntimas y el grupo de pares va perdiendo jerarquía; desarrollan su propio sistema de valores con metas vocacionales reales. Es importante conocer las características de estas etapas de la adolescencia, por las que todos pasan con sus variaciones individuales y culturales, para interpretar actitudes y comprender a los adolescentes (23).

Inicio precoz de las Relaciones Sexuales:

El preludio más evidente para que una adolescente se embarace es el inicio precoz de la relación sexual. Algunos de los

principales factores de riesgo para que comiencen de forma precoz su actividad sexual es la situación económica baja, orientación deficiente hacia los logros para el futuro, dificultades académicas, escasas oportunidades y escuelas deficientes. Otra influencia importante en la decisión de una adolescente para iniciar su vida sexual es la que proviene de sus compañeras y hermanas. La adolescente rodeada de hermanas y amigos con actividad sexual tiende a ser más permisiva respecto al sexo premarital y a sus intenciones de tener sexo (22).

Embarazo:

Gestación o proceso de crecimiento de un individuo en el seno materno, abarca desde el momento de la concepción hasta el nacimiento, pasando por los periodos embrionario y fetal, con una duración de 280 días o 40 semanas. Empieza en el momento de la ovulación, el cual se produce unos 14 días antes del comienzo de la siguiente menstruación. De los millones de espermatozoides que son eyaculados por el hombre solamente, uno llega a fecundar al ovulo, formando el cigoto o producto de la concepción, el cual se implanta en el útero y da origen a un nuevo ser" (24).

Embarazo Adolescente:

El embarazo en una pareja de jóvenes, en general es un evento inesperado, sorpresivo. La OMS señala que "se desarrollan

reacciones de angustia propias del momento y trastornos en el proceso normal del desarrollo de la personalidad, fenómenos que condicionan la aparición de patologías orgánicas propias del embarazo. La falta de educación sólida con respecto a la vida sexual y reproductiva, desde los primeros años escolares y desde otros ámbitos de la comunidad, es una de las causas que influyen en el inicio muy temprano, y de manera desinformada, de la vida sexual, con el frecuente resultado de un embarazo no planeado ni deseado en ese momento (22).

Muchas mujeres llegan al embarazo como una manera de llenar sus múltiples carencias de ser requerida sexualmente, las hace sentirse valoradas. Entregan ese cariño no tanto por satisfacción personal, sino por satisfacer a la persona que quieren mantener a su lado. Martínez y Martínez, relacionaron el embarazo adolescente con tres factores: el inicio precoz de las relaciones sexuales, métodos anticonceptivos y comunicación familiar (22).

El embarazo en adolescentes ha aumentado en forma notable en épocas recientes. Una de las razones que explica el aumento de los embarazos en adolescentes es el hecho que el crecimiento de la población sexualmente activa no se ha acompañado del aumento en la educación sexual. Hay escasa información respecto a la sexualidad de los adolescentes latinoamericanos. El 20% de las adolescentes entre 13 y 18 años en Bahía, Brasil,

declararon tener relaciones sexuales prematrimoniales, cifra que alcanzó el 13% en la ciudad de México y 22.2% en Guatemala. La relación sexual precoz está más extendida en las comunidades campesinas, las zonas de procedencia urbanas, falta de educación, y recursos económicos bajos (24).

Sin embargo el embarazo en adolescentes tiende a tener riesgos como son hemorragias, muerte materna, perinatal debido a los factores sociales que son económicos, lugar de procedencia, falta de educación.

Métodos anticonceptivos

Se refiere a cualquier acción, instrumento o medicación dirigida a evitar la concepción de un embarazo. Existen métodos temporales y permanentes. Los métodos anticonceptivos son eficaces e inocuos para la mayoría de las mujeres cuyo fin es evitar un embarazo no deseado y es efectivo el uso de ellos cuando se lo realiza bajo control de un profesional que educa y supervise su empleo. Los métodos disponibles actualmente:

Métodos naturales: No utilizan ningún elemento externo a la pareja: Billings, Coito interruptus.

Métodos de barrera: impiden el paso de los espermatozoides al útero: Preservativos, Diafragma métodos hormonales, Píldoras o inyecciones métodos intrauterinos, Dispositivo intrauterino (DIU)

métodos quirúrgicos, Ligadura de trompas (mujer) y vasectomía (hombre) (24).

Factores Socioeconómicos

***Factores sociales:** Tienen la tendencia a la reproducción de la madurez materna (hijos a temprana edad), por falta de educación, lugar de procedencia y nivel económico bajo. El embarazo adolescente está relacionado con la condición de la mujer en las diferentes sociedades. Esta se describe en términos de su ingreso económico, educación y lugar de procedencia. El estereotipo de la mujer de baja condición es la mujer con un niño al pecho, embarazada y varios niños más alrededor de su falda. Es la mujer para quien la maternidad ha sido el único destino desde su nacimiento, ella se ve mayor de la edad que tiene, su salud está revestida por embarazos a repetición, la maternidad y el trabajo doméstico agotador. Es típica su baja escolaridad y lugar de procedencia (15).

****Factor educativo:** Debido a la baja escolaridad, creen los padres estar actuando correctamente al unir a sus hijas a temprana edad, ya que argumentan que deben seguir con el patrón de sus antepasados. Y que el estudio no les es importante que no sirve para nada, deciden los padres que mejor aprenda a trabajar, pues el estudio no es para la mujer, ya que se debe de acompañar a temprana edad para que estudiar si no existen empleos, y la que

quiere estudiar después que ya tiene marido le dicen que lo hace porque quiere el libertinaje. También se ha observado que en la mayoría de las madres adolescentes solamente alcanzan a estudiar la primaria lo que ha llevado a identificar en diversos estudios, que cuando siguen estudiando el inicio de su vida sexual se retarda y por lo consiguiente la maternidad pasa a segundo término. Encontrándose también en otros estudios que las jóvenes que tienen calificaciones más altas; disminuyen su probabilidad de iniciar su vida sexual a temprana edad, en relación a las de baja calificación que las hace ser más susceptible a tener relaciones sexuales (23).

Se describe como factor de riesgo la baja escolaridad ya que tiene un efecto importante en las adolescentes embarazadas. La precocidad y el número de niños que una mujer tendrá declina a medida que el nivel de escolaridad aumenta, más bien la educación actúa mejorando la condición social y la auto imagen de la mujer, aumentando las opciones de su vida y la capacidad de tomar sus propias decisiones. La educación se ha descrito como el medicamento contra el fatalismo. Se describe como factor de riesgo la baja escolaridad, las zonas de pobreza con hacinamiento, estrés, delincuencia y alcoholismo, tendrán mayor cantidad familiar disfuncionales, falta de recursos a los sistemas de atención en salud, con el consecuente mayor riesgo (24).

Por lo que también obliga a descubrir de qué manera influye su nivel de estudios en la toma de decisiones importantes en la vida de la joven; como el de evitar exponerse a situaciones de riesgo. Y así como la información que adquieren o tiene sobre los métodos de planificación que existen, ya que la mayoría de las veces es muy errónea y no es la más adecuada y precisa para poder evitar un embarazo no planeado. Muchas adolescentes de comunidades pobres y reprimidas, que poseen pocas oportunidades para educarse y mejorar económicamente, con frecuencia ven la maternidad como una forma de aumentar su propio valor y poseer algo (24).

****Factor Procedencia:** La comunidad propicia ambiente para que las mujeres se acompañen a temprana edad, ya que es inaccesible del casco urbano y percibe poca orientación sobre el embarazo, por la inaccesibilidad no pueden salir con frecuencia, para adquirir conocimientos sobre la importancia que tiene los CPN, además el ambiente es propicio para que las adolescentes se vistan inadecuadamente, provocando con esto a los jóvenes para iniciar con amores el noviazgo y a la unión o al embarazo no deseado. El analfabetismo en mujeres de procedencia de zonas rurales no entiende de la fisiología de la reproducción o como controlarla, en consecuencia aceptan el embarazo como una voluntad divina, una mujer sin educación está menos informada e indispuesta a buscar cuidados para su salud y atención médica. (22)

****Comunicación familiar:** Cuando las relaciones interpersonales entre los miembros de una familia son débiles o se han roto y no existe unión y comunicación en el grupo familiar, esto tiene como consecuencia una serie de experiencias que implican una transición en la vida de los adolescentes, llevándolos a un desequilibrio que provoca trastornos en su desarrollo. Algunos autores, han coincidido en mencionar que los principales factores relacionados con el embarazo en los adolescentes son: los conflictos familiares, la violencia intrafamiliar y la falta de comunicación. Estas condiciones generan en los adolescentes, una necesidad desmedida e incontenible de afecto, que buscan canalizar neuróticamente en la relación de pareja en donde la gratificación sexual apunta a una entrega sumisa, incondicional y sin ninguna defensa del ego (23).

Se ha referido, que la falta de integración al grupo de familia, la falta de expresión de afectos los cuales pueden estar condicionados por patrones de conducta rígidos, lo que impide que la comunicación no se de en forma clara, pudiendo, ser estas condiciones las que favorezcan que la adolescente busque fuera de la familia la expresión de afecto, de comunicación y la pertenencia a un grupo (22).

***Factor económico:** En este problema social también juega un papel importante el factor económico, ya que cuando las jóvenes

viven en un nivel económico bajo dirigen su interés en tratar de buscar una pareja estable, que los lleva a tener relaciones sexuales rápidamente y por lo consiguiente a ser madres en esta etapa de su vida. A diferencia de las adolescentes que viven en un estrato más alto y que su enfoque se ve dirigido en lograr una superación personal; lo que hace que no pierdan sus objetivo y se centre en lograr sus sueños a diferencia de las adolescentes de nivel bajo que no tiene tantas aspiraciones, haciendo que se preocupen más en buscar los lazos emocionales y en formar una familia (24).

Por la extrema pobreza se requiere de un miembro más para ayudar a las entradas económicas en el hogar, siendo el ingreso familiar bajo. Argumentan los padres que los hijos ayudan a trabajar en la agricultura, los hijos grandes aportan ingreso económico al hogar, creen que mejorara su situación económica porque hay quien ayude a trabajar, ya que a más hijos más mano de obra barata. Cabe mencionar que en la familia numerosa la hija constituye una carga más. El nivel económico al que pertenecen y que va de la mano con el lugar de procedencia donde habitan; donde se muestra una diferencia significativa entre las adolescentes embarazadas que viven en zonas urbanas en comparación a los de la zona rural 20,3% (23).

Conocimiento:

El conocimiento puede ser entendido como el conjunto de información que posee un individuo respecto a un objeto o serie de objetos. Esta información puede estar limitada a las ideas que se hayan formado el individuo a partir de una percepción superficial y poca precisa o ir más allá y ser elaborada y organizada e incluir proposiciones acerca de la naturaleza de un objeto, explicaciones acerca de su comportamiento y razones en cuanto al por qué el objeto se comporta de una manera determinada en circunstancias específicas. El conocimiento es imposible sin el acto de conocer, y el acto de conocer es imposible sin contenidos, de allí que los conocimientos como información no llegan a ser perfectos. Esto ha conducido a filósofos y epistemólogos a desarrollar una teoría del conocimiento en la que se distingue entre crecer, saber y conocer, y entre conocimiento verdadero y falso (25).

Entre los diversos tipos de conocimiento que existen los más estudiados son el ordinario y el científico. El conocimiento ordinario es un cuerpo heterogéneo de ideas, productos de la observación, la experiencia, la reflexión y la imaginación. Se caracteriza por ser un conocimiento que fundamentalmente se conserva y se transmite en forma oral; comprende los temas más variados de la naturaleza y de la vida del hombre en general. Sus contenidos se han ido desarrollando a lo largo de la vida y experiencias históricas sociales del hombre. Su formación ha implicado un largo proceso de

observación, ensayo puesta a prueba, aprendizaje y comprensión, como también la crítica a los conocimientos adquiridos (26).

El conocimiento científico se refiere a una concepción del mundo y a una parte de él, difiere radicalmente del sentido común. Es producto de la actividad psíquica y su forma de procesar información en interacción con las formas aprendidas de elaborarla y las diversas experiencias en diversos contextos. Su origen puede ser el conocimiento ordinario, la observación casual, el conocimiento científico existente, la intuición, la formulación de preguntas o interrogantes de investigación, la experiencia frecuente con determinados aspectos de un objeto hasta que este llega a aclararse o comprenderse correctamente (27).

El conocimiento científico con relación a la medicina ha estado asociado a lo largo de la historia de la humanidad con la necesidad de prevenir y curar eficazmente las enfermedades, pero el modo de concebir la enfermedad, curarla y prevenirla ha estado asociado, entre otros aspectos a la vida político social, al sentido de la vida, al concepto del hombre y su naturaleza, a la visión científica de la realidad, al desarrollo de ciencias afines y a la estructura mental de cada época, su cultura, su economía y su visión religiosa (28).

Prevención del Embarazo Adolescente

Prevenir el embarazo es evitar que la adolescente se embarace por decisión propia y consciente de las complicaciones y daños que puedan sucederle. Hoy en día prevenir un embarazo adolescente de manera efectiva es mucho más fácil que hace algunos años, gracias a los métodos anticonceptivos modernos, los y las jóvenes pueden hacerlo, pues planificar es una decisión libre e individual y un derecho sexual y reproductivo de fácil acceso. Es importante que los adolescentes reciban información en salud sexual, reproductiva y sexualidad en general es un derecho. Lo importante es obtenerla de una fuente experta y confiable. Existe una gran variedad de métodos anticonceptivos para elegir. Sin embargo, éstos deben ser formulados y controlados por profesionales de la salud expertos en el tema.

En este contexto que podemos visualizar que la carencia de conocimientos y de información puede determinar el comportamiento equivocada y erróneas valorizaciones con respecto a la salud. Así mismo se debe considerar que la educación viene a ser un factor determinante en la conducta de los adolescentes (24).

Cómo prevenir el embarazo precoz

El embarazo en la adolescencia es una realidad alarmante que puede cambiar tu vida en un instante. La buena noticia es que el embarazo en la adolescencia es evitable: al no tener relaciones

sexuales nunca estarás en riesgo de quedar embarazada. Si decides tener relaciones sexuales es mejor estar informada acerca de:

1. No cedas ante la presión de tus compañeras. Muchas adolescentes pueden sentirse excluidas cuando sus amigas comienzan a tener novios o comienzan a tener relaciones sexuales. Es posible que aquellas que han comenzado a hacer estas cosas antes hablen con frecuencia de ello, lo suficiente como para hacer que las demás se sientan excluidas. Sin embargo, si te mantienes firme y esperas hasta que sepas que estás lista, te alegrarás. Esto significa que has esperado por la persona adecuada y por el momento adecuado.

Todos se desarrollan a diferente ritmo, tanto física como mentalmente, así que no sientas la necesidad de competir con tus compañeras por cosas como tener relaciones sexuales y tener novios. Muchas de tus compañeras se arrepentirán de sus elecciones con el tiempo, otras incluso podrían estar mintiendo. No comiences a tener relaciones sexuales únicamente porque otras personas lo están haciendo si tú no estás segura de hacerlo (29, 30).

2. Aprende a decir “no”. Esto incluye decir no a cualquier cosa con la que no te sientas cómoda, ya sea rehusándote a

tener novio, tener cualquier tipo de contacto físico, tener relaciones sexuales o tener relaciones sexuales sin protección, no hay nada malo con mantenerte firme a lo que quieres. La única forma 100% segura de evitar el embarazo es no teniendo relaciones sexuales, así que no te deberías sentir estúpida por no querer atravesar por algo (29, 30).

3. **Aprende sobre lo que resultará y no resultará en un embarazo.** En las relaciones sexuales en general hay muchos mitos acerca de cómo te podrías embarazar y qué evitará que te embaraces. Muchos de estos mitos son simple información errónea y algunos de ellos son mentiras diseñadas para engañarte. Ármate de hechos y disminuye tus posibilidades de quedar embarazada de una forma segura e inteligente.

- Las relaciones sexuales por vía vaginal sin protección tienen la mayor probabilidad de resultar en un embarazo. El esperma del hombre fertiliza el ovario de la mujer, resultando en el crecimiento de un feto. Las relaciones sexuales sin protección también conllevan un alto riesgo de enfermedades e infecciones.
- El coito interrumpido te pone en riesgo de embarazo. Estudios demuestran que el uso típico de este método tiene un 18 % de probabilidad de terminar en un embarazo.^[1] Esto se debe a que se puede liberar algo de esperma en el

líquido pre-eyaculatorio o simplemente debido a que el hombre no saca el pene lo suficientemente rápido.

- El sexo anal sin protección por sí mismo no puede resultar en embarazos no deseados. Pero debido a que el ano y la vagina están extremadamente cerca entre sí, hay posibilidades de que el espermatozoide caiga accidentalmente en la vagina, terminando en un embarazo. El sexo anal sin protección lleva consigo un incremento en las posibilidades de contraer enfermedades de transmisión sexual, especialmente SIDA.
- El sexo oral no puede terminar en embarazo. Siempre y cuando el pene no entre en contacto con la vagina, no hay posibilidades de que el sexo oral pueda llevar a un embarazo no deseado. Sin embargo, la probabilidad de contraer alguna enfermedad de transmisión sexual aumenta con el sexo oral (29, 30).

4. **Comprende la efectividad de las diferentes formas de métodos anticonceptivos.** Todos los anticonceptivos no son hechos de la misma forma. Algunos funcionan mejor que otros y algunos son preferidos por diferentes personas por motivos distintos. Ayuda el conocer un poco cómo es cada anticonceptivo y qué tan efectivos son.

- El **condón** falla cerca del 17 % de las veces,^[1] la mayoría de las cuales es por el uso inapropiado y rara vez por defecto

de fábrica. Sin embargo, si se usa de forma correcta, los condones funcionan mejor que el coito interrumpido.

- Las **píldoras** y el **parche**, los cuales evitan el embarazo al impedir el ciclo de ovulación de la mujer, tienen cerca de un 8% de probabilidad de terminar en un embarazo si se usa normalmente. Con el uso apropiado, las píldoras tienen un 99 % de éxito en la prevención de embarazos no deseados.
- Los **dispositivos intrauterinos** o DIU fallan menos de un 1% de las veces. Pueden ser DIU hormonales o DIU con cobre y no requieren mantenimiento. Algunos DIU pueden permanecer en sitio por 10 años (29, 30).

5. **Usa protección.** Recuerda que muchos tipos de relaciones sexuales pueden llevar al embarazo. Lo mejor que puedes hacer sería hablar acerca de métodos anticonceptivos con tu pareja antes de tener relaciones sexuales, ya que hay muchas opciones, tal como las píldoras, condones y espermicidas.

- Si no te sientes lo suficientemente cómoda con tu pareja como para hablar con él acerca de protección, no estás lista para tener relaciones sexuales. Asegúrate de estar completamente informada acerca de la efectividad de todos los diferentes tipos de anticonceptivos antes de tomar una decisión.
- Si no tienes claro cuál es tu mejor opción, acude al establecimiento de salud. Ellos no tienen permitido contarle

a nadie acerca de lo que hablaste con ellos y te darán un buen consejo (29, 30).

6. Asegúrate de saber cómo poner un condón. Si eres una chica, no dejes en el chico la decisión de ponerlo, ya que puede negarse o puede intentar distraerte de ello. Trátalo con calma. Si él dice. “No me quiero poner el condón”, solo sonríe y responde con “No te preocupes, ¡yo lo pondré por ti!”. Ármate con el conocimiento de cómo poner uno de forma correcta y rehústate a aceptar un "no" por respuesta. Recuerda, si el chico con el que estás a punto de tener relaciones sexuales no se toma la molestia de proteger su salud y la tuya, sal de ahí y considérate afortunada de esquivar una bala.

- Si estás preocupada de que te agarren inadvertida, entonces lo mejor que puedes hacer es usar los anticonceptivos de píldoras o siempre tener un condón en tu bolsa.
- Grábate en la mente que los condones son la única forma efectiva para protegerte contra las enfermedades de transmisión sexual. ¡No te dejes persuadir para tener relaciones sexuales sin protección!
- Con frecuencia se regalan condones en lugares como escuelas, universidades y clínicas de planificación familiar. En muchos países los anticonceptivos como las píldoras o las inyecciones también están disponibles de forma gratuita.

- **Asegúrate de saber qué tipos de anticonceptivos no funcionan consistentemente.** Cuando eres joven puede ser confuso escuchar acerca de todos los diferentes tipos de anticonceptivos y todos los rumores que vienen con ellos. Por eso, puede ser confuso descubrir cuáles son realmente efectivos. Así que aquí tienes algunos métodos que debes evitar. Estos disminuyen ligeramente las posibilidades de un embarazo, pero no son técnicas anticonceptivas efectivas por sí mismas (29, 30).

7. **Planificación familiar natural.** Este es cuando usas tu ciclo menstrual o temperatura para ayudar a predecir cuándo estás ovulando y cuándo eres menos fértil. Este método requiere un verdadero compromiso y solo es efectivo si se usa correctamente y se le da seguimiento. Es especialmente incompetente durante tus años de adolescencia ya que tus ciclos en esos años pueden ser erráticos y por ello difíciles de predecir. El coito interrumpido. Este es cuando el hombre tiene que “sacar” el pene antes de eyacular. Es extremadamente poco fiable ya que la pre-eyaculación puede gotear antes de que él llegue al clímax, lo cual puede terminar en un embarazo. Además de que tienes que confiar en que él podrá controlarse (29, 30).

8. **No dejes nada a la suerte.** Si has tenido relaciones sexuales y no usaste protección o esta no fue efectiva (por ejemplo, se rompió el condón), entonces no lo dejes a la suerte. Ten un plan B y compra la píldora del día después, la cual puede evitar un posible embarazo dentro de los primeros 3 días después de haber tenido relaciones sexuales (aunque entre más pronto la tomes, más efectiva será).

- La píldora del día después no debe ser usada como un anticonceptivo, sino como un recurso de emergencia. Su uso constante no es saludable.
- El anticonceptivo de emergencia causa un corto pero fuerte cambio hormonal que previene la ovulación. No causará un aborto (29, 30).

9. **Debes saber qué hacer si quedas embarazada.** Si crees que existe la posibilidad de que puedas estar embarazada, consigue una prueba de embarazo tan pronto como sea posible. Estas se pueden realizar de forma gratuita en algunas farmacias o por tu doctor. Es importante descubrir tan pronto como sea posible si estás embarazada debido a que te da más opciones acerca de lo que harás al respecto.

- Lo único que pudieras hacer para evitar un embarazo adolescente si estuvieras embarazada, sería abortar al bebé.

- Sin embargo, es importante conocer las opciones disponibles para ti, tal como dar al bebé en adopción o elegir quedarte con él y criarlo tú misma (29, 30).

Consejos

- Hay formas de expresar afecto por el otro y estar satisfecho con el otro sin tener relaciones sexuales. Lee el artículo "Cómo tener más intimidad sin tener sexo" para darte algunas ideas.
- Si piensas que no estás informada acerca del sexo y de los anticonceptivos, entonces encuentra fuentes en línea (por ejemplo, aquellas disponibles en los sitios web de salud) o pregúntale a alguien a quien le tengas confianza.
- Para lidiar con tus urgencias naturales, mastúrbate. Aunque esto se considera como un hecho para chicos, pocas chicas son animadas a hacerlo, muchas veces debido a que se les dice que es malo o que las chicas no hacen esas cosas. No lo es y sí lo hacen. Divertirte con la masturbación no solo te ayuda a satisfacer tu libido, sino que además te enseñará acerca de tu propio cuerpo y sexualidad, haciendo que el sexo sea mucho mejor cuando lo tengas.
- La única forma de estar 100% a salvo de un embarazo no deseado es practicando la abstinencia (sin tener relaciones sexuales en lo absoluto), aunque esto puede ser difícil en relaciones de largo plazo.

Incluye a tus padres en tus decisiones. Al hacerles saber tus preocupaciones es más probable que ellos cooperen contigo (29, 30).

1.4. Justificación:

El embarazo adolescente es un problema de salud pública tanto a nivel mundial como local, se estima que a nivel mundial cada año unos 14 millones de adolescentes entre 12 y 18 años dan a luz, por lo cual es importante estudiar y abordar oportunamente el problema para prevenirlo, sobre todo porque involucra a la madre adolescente al niño por nacer y recién nacido (4).

El despertar sexual en los adolescentes suele ser precoz y muy importante en sus vidas, a pesar de las carencias de otros intereses, a esto se aúna la pobre escolaridad, sin proyectos de vida (laborales, de uso del tiempo libre, de estudio), con modelos familiares de iniciación sexual precoz, masiva estimulación de los medios, iniciación de relaciones sexuales a muy corta edad con chicos muy jóvenes, con muy escasa comunicación verbal y predominio del lenguaje corporal, relaciones sexuales sin protección buscando a través de sus fantasías, el amor que compense sus carencias (4).

El 2012, Percy Minaya León, viceministro de salud, en su presentación Situación del Embarazo Adolescente, avances y desafíos en la Salud Sexual y Reproductiva de las y los Adolescentes, refiere que San Martín se encuentra en el quinto lugar de las regiones del País con mayores porcentajes de adolescentes que ya son madres o están embarazadas, siendo según censo 2007 de 23,5% y según INEI 2011 de 21,2% (8).

Un embarazo en la adolescencia genera además un trauma psicológico en la mayoría de los casos, porque genera un conflicto que se establece entre ser madre o padre y al mismo tiempo continuar siendo adolescente, casi siempre es un menor de edad, que necesita ser educado y controlado por los padres. (9)

El embarazo adolescente se ha convertido en un problema de salud pública importante, debido a que básicamente son las condiciones socioculturales las que han determinado un aumento considerable en su prevalencia, aconteciendo con mayor frecuencia en sectores socioeconómicos más disminuidos, aunque se presenta en todos los estratos económicos de la sociedad, pero vinculada a la salud de la madre adolescente y del niño que nace en condiciones desfavorables para la vida extrauterina (1).

El embarazo en la adolescencia no puede ser considerado solamente como un problema biológico sino también como un problema social con numerosas aristas y campos de influencia negativa, más aun que se puede constatar la carencia de estudios sobre este fenómeno en lugares o zonas de poblacionales específicas. Por lo tanto al realizar la presente investigación permite conocer de los factores socioeconómicos que lo causan para establecer las estrategias de intervención y evitar el ascenso de este indicador negativo y su repercusión (2).

Por razones de índole históricos el Hospital MINSA II – 2 Tarapoto es un centro de atención referencial y concentra al mayor número de casos de embarazos adolescentes porque la mayoría de personas son de bajo nivel cultural proclives a enfermarse o morir a pesar de los cambios y transformaciones del desarrollo, subsistiendo aún manifestaciones de la Conciencia Social condicionada y de la que el embarazo en la adolescencia es un residuo. Por lo mencionado es el establecimiento que registra la mayor problemática pues afecta una parte sensible de la adolescencia y es sumamente nocivo para su salud, su desarrollo educacional, su crecimiento personal armónico y la funcionabilidad de la familia como principal célula de la sociedad.

La existencia actual de tal problemática y su incidencia negativa en los adolescentes fundamenta la importancia, necesidad y

utilidad del tema en cuestión. De modo que la Investigación es conveniente porque pretende contribuir a la solución de un problema de interés social, posee relevancia porque beneficiara a un gran porcentaje de adolescentes que comienzan su vida en todos los órdenes, sexual, pre profesional y social pero además los prevendrá de las grandes afectaciones que para su salud y la de la criatura por nacer ocasiona un embarazo precoz.

Así mismo, el estudio permite mejorar los conocimientos del personal de salud para la intervención del problema y establecer las acciones educativas en la comunidad para mejorar sus capacidades e inculcar el autocuidado de su salud. En la práctica permite tener instrumentos de fácil uso y análisis que permite medir permanentemente el problema y establecer nuevas acciones para vencerlo.

Además esta investigación la realizamos por qué al revisar la estadística sobre el tema y conocedores de la realidad durante nuestro internado, vemos que el embarazo a temprana edad es una realidad patente.

1.5. Formulación del problema:

¿Cuál es la influencia de los factores socioeconómicos en el nivel de conocimientos sobre medidas de prevención del embarazo en adolescentes atendidas en el hospital MINSA II – 2 – Tarapoto, Julio – Diciembre 2015?

II. OBJETIVOS:

2.1. Objetivo General:

Determinar la influencia de los factores socioeconómicos en el nivel de conocimientos sobre medidas de prevención del embarazo en adolescentes atendidas en el hospital MINSA II – 2 – Tarapoto, Julio – Diciembre 2015

2.2. Objetivos Específicos:

1. Identificar los factores sociales y económicos en gestantes adolescentes atendidas en el Hospital MINSA II– 2 Tarapoto, julio - diciembre 2015.
2. Determinar el nivel de conocimientos sobre medidas de prevención del embarazo en adolescentes atendidas en el Hospital MINSA II – 2– Tarapoto, julio – Diciembre 2015.
3. Determinar los principales factores sociales y económicos de mayor influencia en el nivel de conocimientos sobre medidas de prevención del embarazo en adolescentes atendidas en el Hospital MINSA II– 2 Tarapoto, julio – Diciembre 2015.

2.3. Hipótesis de investigación:

Existe influencia de los factores socioeconómicos en el nivel de conocimiento sobre la prevención del embarazo en adolescentes atendidas en el hospital II - 2 Tarapoto, Julio – Diciembre 2015.

2.4. Operacionalización de variables:

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	dimensiones	Indicadores	Ítems	Escala de medición
Variable Independiente Factores socioeconómicos	Conjunto de determinantes que influyen directa o indirectamente como factor de riesgo en la salud de la gestante adolescente, los cuales están orientados a la toma de decisiones para disminuir la morbilidad materna e infantil	Características sociales que presenta la gestante adolescente atendida en el Hospital MINSA II Tarapoto	Factores sociales	• Edad	• 10 –13 a • 14- 16 a. • 17-19 a.	• Ordinal
				• Estado Civil	• Casada • Conviviente • Soltera	• Nominal
				• Grado de Instrucción	• Analfabeta • Primaria • Secundaria	
				• Tipo de Institución Educativa	• Pública • Privada	
				• Procedencia	• Urbano • Urbano marginal • Rural	
				• Inicio de RS	• 10 –13 a • 14- 16 a. • 17-19 a.	• Ordinal
				• Convivencia con los padres	• Ambos • Solo con uno • Con otro familiar	• Nominal
				• Comunicación con sus padres	• Nunca. • A veces. • Siempre	
				• Religión	• Católica • Evangélico • Adventista • Ateo(a)	
			Factores económicos	• Padre o madre trabajan	• Si • No	• Nominal
				• Pareja trabaja	• Si	

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	dimensiones	Indicadores	Ítems	Escala de medición
					• No	
				• Ingreso familiar aprox.	• > o = 500 soles • 501 – 999 soles • > o = 1001 soles	• Ordinal
				• Dependencia económica	• Padre o Madre • Pareja • Otros	• Nominal
Nivel de conocimientos sobre prevención del embarazo en adolescentes	Grado de percepción o información que tiene la gestante adolescente respecto a la prevención del embarazo,	Gestante adolescente que maneja información respecto a la prevención del embarazo	Conocimiento sobre prevención del embarazo	*Conoces como no ceder a la presión de tus compañeros Si / No	*Nivel bueno: 9 – 11 respuestas acertadas *Nivel regular: 6– 8 respuestas acertadas *Nivel malo: 0– 5 respuestas acertadas	• Ordinal
				*Conoces como decir no a las acciones que no quieres realizar Si / No		
				• Conoces de las acciones que resultaran o no en un embarazo Si / No		
				• Conoces de la efectividad de los métodos anticonceptivos Si / No		
				• Conoces que debes usar como protección durante las relaciones sexuales Si / No		
				Conoces cómo poner un condón		

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	dimensiones	Indicadores	Ítems	Escala de medición
				Si / No		
				Conoces de la planificación familiar natural Si / No		
				• Conoces del adecuado uso de los MAC Si / No		
				• Conoces de la píldora del día siguiente Si / No		
				• Conoces del adecuado uso de la píldora del día siguiente Si / No		
				Conoces que hacer si consideras que quedaste embarazada Si / No		

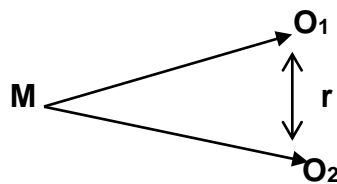
III. MATERIALES Y METODOS:

3.1. Tipo de estudio:

No experimental, cuantitativo, descriptivo, transversal

3.2. Diseño de investigación:

Descriptiva correlacional



M = Muestra, representada por gestantes adolescentes atendidas en el Hospital II - 2 Tarapoto.

O₁= Variable independiente, factores socioeconómicos.

O₂= Variable dependiente, nivel de conocimientos sobre medidas en prevención del embarazo en adolescentes.

r = influencia de los factores socioeconómicos sobre el nivel de conocimiento en medidas de prevención del embarazo en adolescente.

3.3. Universo, población y muestra:

Universo:

Conformado por todas las adolescentes atendidas en el Hospital

MINSA II – 2 Tarapoto, Julio – Diciembre del 2015

Población

Representado por 92 gestantes adolescentes atendidas en el Hospital MINSA II – 2 Tarapoto, que cumplen con los criterios de inclusión. (Fuente Oficina de Estadística e Informática Del Hospital).

Muestra

Está representada por el 100% de la población de gestantes adolescentes atendidas en el Hospital MINSA II-2 Tarapoto, Julio – Diciembre del 2015

Unidad de Análisis

Una gestante adolescente atendida en el Hospital MINSA II-2 Tarapoto.

3.3.1. Criterios de Inclusión:

- Adolescentes de 10 - 19 años embarazadas atendidas en el Hospital MINSA II-2 Tarapoto.
- Adolescentes embarazadas que aceptan participar del estudio.
- Adolescentes con capacidad física y mental para responder al cuestionario.

3.3.2. Criterios de exclusión:

- Adolescentes embarazadas referidas de otro establecimiento de salud.

- Adolescentes embarazadas que rechazan participar del estudio.

3.4. Procedimiento:

- Se elaboró el proyecto de investigación y el cual se presentó a la Facultad Ciencias de la Salud de la UNSMT para su aprobación.
- Se validó el instrumento de recolección de datos.
- Posteriormente se solicitó permiso al Director del Hospital II -2 Tarapoto, para realizar el estudio.
- Seguidamente se coordinó con la Jefa del Servicio de Obstetricia y del jefe de estadística para recolectar la información.
- Antes de aplicar la encuesta se dio una breve información a las adolescentes sobre los objetivos a cumplirse y de las características del llenado del formato.
- A continuación se procedió con la recolección de datos mediante la aplicación de la encuesta.
- Posteriormente una vez culminado el recojo de la información a través de la encuesta se procedió a tabular los datos encontrados utilizando el programa Excel 2010 para posteriormente trabajar con la estadística.
- Finalmente se consolidó la información, se procedió a la elaboración del informe final.
- Por último se procedió con la sustentación de la investigación.

3.5. Métodos e instrumentos de recolección de datos:

Métodos:

En el presente estudio se utilizó la técnica de la encuesta, que contiene preguntas de las dos variables de estudio, a la cuales se asignará un puntaje para cada respuesta que brinden las adolescentes.

Instrumento:

Se utilizó como instrumento un cuestionario que consta de tres partes: la primera parte tiene los aspectos sociales que consta de 08 preguntas, la segunda parte tiene los factores económicos que consta de 04 preguntas y la tercera parte contiene preguntas en relación al conocimiento de la prevención del embarazo adolescente, que consta de 11 preguntas.

Para conocer los factores socioeconómicos se formularon preguntas cerradas las cuales fueron agrupadas según dimensión social conteniendo 8 ítems y dimensión económica 4 ítems, las cuales serán marcadas con un aspa en la alternativa que crea conveniente la adolescente encuestada.

Para la medición del nivel de conocimiento se utilizó un cuestionario, que consta de 11 ítems, con opciones de respuestas dicotómicas si conoce y no conoce, un Si representa un valor de 1 y un No un valor "0". Sumando las respuestas de cada ítem se

pueden tener un puntaje mínimo de “0” y un puntaje máximo de 11.

Cuyos rangos fueron establecidos de la siguiente manera:

***Conocimiento Alto:** Puntaje de 9 - 11.

***Conocimiento Medio:** Puntaje de 6 – 8.

***Conocimiento Bajo:** Puntaje de 0 – 5.

3.6. Plan de tabulación y análisis de datos:

Los datos se trataron a través de la estadística Descriptiva e inferencial, para lo cual se procedió a colocar la información en tablas o gráficos para su respectivo análisis. Para establecer la relación entre los factores socioeconómicos y el nivel de conocimiento se utilizará la prueba estadística chi².

IV. RESULTADOS:

Tabla 01: Factores Sociales en gestantes adolescentes atendidas en el Hospital MINSA II – 2 Tarapoto, Julio - Diciembre 2015.

Características	Fi (n = 92)	%
Edad		
10 – 13	00	00,0%
14 – 16	12	13,0%
17 – 19	80	87,0%
Estado Civil		
Casada	12	13,0%
Conviviente	58	63,0%
Soltera	22	23,9%
Grado Instrucción		
Analfabeta	02	02,2%
Primaria	30	32,6%
Secundaria	60	65,2%
Tipo de I. E.		
Pública	78	84,8%
Privada	14	15,2%
Procedencia		
Urbano	16	17,4%
Urbano-marginal	16	17,4%
Rural	60	65,2%
Religión		
Católica	52	56,5%
Evangélica	28	30,4%
Adventista	10	10,9%
Ateo/a	02	02,2%
Edad de inicio RRSS		
10 – 13	00	00,0%
14 – 16	44	47,8%
17 – 19	48	52,2%
Convive con los padres		
Ambos	30	32,6%
Sólo con uno	30	32,6%
Con otro familiar	32	34,8%

Fuente: Datos propios de la investigación

Observamos de las 92 gestantes encuestadas para identificar los Factores sociales en gestantes adolescentes atendidas en el Hospital MINSA II – 2 Tarapoto, durante el periodo Julio – Diciembre 2015, según la edad el mayor porcentaje fluctúan entre 17 a 19 años con 87% (80), seguido de las 14 a 16 años con 13% (12). Además el 63% (58) son convivientes, el 65,2% (60) tienen grado de instrucción secundaria, el 84,8% (78) estudian en una I.E. Pública, el 65,2%(60) proceden de zona rural y el 56,5% (52) predominantemente profesan la religión católica.

En relación al inicio de relaciones sexuales de las gestantes adolescentes, el 52,2% (48) iniciaron entre los 17 – 19 años de edad y el 47,8% (44) entre los 14 – 16 años. Además el 34,8% (32) de las gestantes adolescentes viven con otro familiar y el 32,6% (30) respectivamente viven solo con uno de los padres o ambos padres.

Tabla 02: Factores Económicos de las gestantes adolescentes atendidas en el Hospital MINSA II – 2 Tarapoto, Julio - Diciembre 2015.

Características	Fi (n = 92)	%
Padre o Madre Trabajan		
Si	90	97,8%
No	2	2,2%
Pareja Trabaja		
Si	86	93,5%
No	6	6,5%
Dependencia Económica		
Padres	18	19,6%
Pareja	68	73,9%
Otros	6	6,5%
Ingreso familiar		
< 500 soles	36	39,1%
De 501 a 999 soles	52	56,5%
• A 1001 soles	04	04,3%

Fuente: Datos propios de la investigación

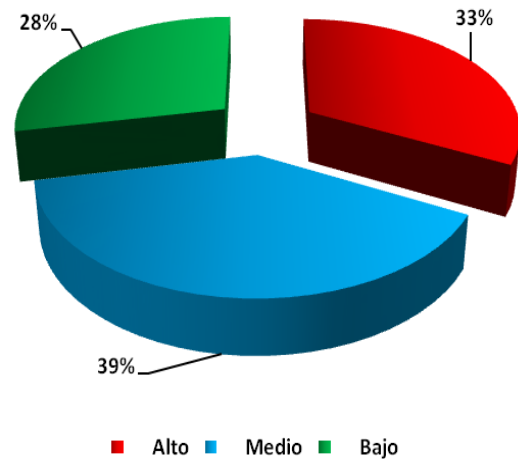
Evidencias que sobre los Factores Económicos de las gestantes adolescentes atendidas en el Hospital MINSA II– 2 Tarapoto, el 97,8% (90) su padre o madre trabajan, el 93,5% (86) refieren que la pareja si trabaja y el 73,9% (68) manifiesta que dependen económicamente de la pareja.

El ingreso familiar de las gestantes adolescentes oscila entre 501 – 999 soles con 56,5%(52) y menos de 500 soles con 39,1% (36). Solo un 4,3% (04) manifiesta que su ingreso es mayor a los 1,001 nuevos soles.

Tabla 03: Nivel de Conocimiento sobre medidas de prevención del embarazo en gestantes adolescentes atendidas en el Hospital MINSA II– 2 Tarapot, Julio - Diciembre 2015.

Nivel Conocimiento	Fi	%
Alto	30	32,6%
Medio	36	39,1%
Bajo	26	28,3%
Total	92	100,0%

Fuente: Datos propios de la investigación



Observamos que al determinar el nivel de conocimiento sobre medidas de prevención del embarazo en gestante adolescentes atendidas en el Hospital MINSA II – 2 Tarapoto, encontramos que la mayoría el 39,1% (36) se ubican en el Nivel de Conocimiento Medio, seguido del 32,6% (30) en Alto y el 28,3% (26) en el nivel Bajo.

Tabla 04: Algunas respuestas a las preguntas emitidas para evaluar el nivel de conocimiento sobre la prevención del embarazo en gestantes adolescentes atendidas en el Hospital MINSA II – 2 Tarapoto, Julio - Diciembre 2015.

Nro.	ITEMS	CORRECTO		INCORRECTO		TOTAL	
		fi	%	Fi	%	fi	%
1	Conoces cómo no ceder a la presión de tus compañeros?	60	65%	32	35%	92	100%
2	Conoces cómo decir no a las acciones que no quieres realizar?	60	65%	32	35%	92	100%
3	Conoces de las acciones que resultaran o no en un embarazo?	56	61%	36	39%	92	100%
4	Conoces de la efectividad de los métodos anticonceptivos?	38	41%	54	59%	92	100%
5	Conoces que debes usar como protección durante las relaciones sexuales?	80	87%	12	13%	92	100%
6	Conoces como poner un condón?	66	72%	26	28%	92	100%
7	Conoces de la planificación familiar natural?	48	52%	44	48%	92	100%
8	Conoces del adecuado uso de los métodos anticonceptivos?	40	43%	52	57%	92	100%
9	Conoces de la píldora del día siguiente?	76	83%	16	17%	92	100%
10	Conoces del adecuado uso de la píldora del día siguiente?	42	46%	50	54%	92	100%
11	Conoces que hacer si consideras que quedaste embarazada?	82	89%	10	11%	92	100%

Fuente: Datos propios de la investigación

Observamos que el 89% (82) de las gestantes adolescentes refieren conocer que deben hacer si consideran que quedaron embarazadas, el 87% (80) sabe que debe usar protección durante las relaciones sexuales, el 83% (76) conoce

sobre la píldora del día siguiente, el 72% (66) conoce como colocar un condón, el 65% (60) sabe decir No ante acciones que no quiere realizar y cómo no ceder a la presión de sus compañeros. Asimismo, el 61% (56) refiere que conoce de las acciones que resultaran o no en un embarazo.

Además podemos mencionar que el 59% (54) refiere desconocer sobre la efectividad de los métodos anticonceptivos, el 57% (52) desconoce del uso adecuado de ellos y el 54% (50) desconoce el adecuado uso de la píldora del día siguiente.

Tabla 05: Principales factores sociales de mayor influencia en el nivel de conocimiento sobre medidas de prevención del embarazo en adolescentes atendidas en el Hospital MINSA I I– 2 Tarapoto, julio – Diciembre 2015.

Factores Sociales	Edad	Estado Civil	G° de Instruc.	Tipo Inst. Educativa	Proced.	Inicio de Relaciones Sexuales	Conviv. con los Padres	Religión
X ²	5,911	6,327	8,975	10,776	8,258	0,057	7,913	8,015
p (< 0,05)	0,0520	0,1760	0,0110	0,005	0,083	0,9720	0,0950	0,2370

Fuente: Datos propios de la investigación

Nos muestra que los principales factores sociales de mayor influencia en el nivel de conocimiento sobre medidas de prevención del embarazo en adolescentes atendidas en el Hospital MINSA II – 2 Tarapoto, julio – Diciembre

2015, son el Grado de Instrucción ($X^2 = 8,975$; $p = 0,0110$) y al tipo de Institución Educativa ($X^2 = 10,776$; $p = 0,0050$).

Tabla 06: Principales Factores Económicos de mayor influencia en el nivel de conocimiento sobre medidas de prevención del embarazo en adolescentes atendidas en el Hospital MINSA II– 2 Tarapoto, julio – Diciembre 2015.

Factores Económicos	Padre y/o madre trabaja	Pareja Trabaja	Ingreso Familiar	Dependencia económica
X^2	2,113	8,147	9,691	4,824
p (< 0,05)	0,3480	0,0170	0,0460	0,3060

Fuente: Datos propios de la investigación

Observamos que los factores económicos de mayor influencia se reporta al Ingreso Familiar ($X^2 = 9,961$; $p = 0,0460$) y que la pareja trabaje ($X^2 = 8,147$; $p = 0,0170$).

V. DISCUSIÓN:

El presente estudio de investigación permitió determinar la influencia de los factores socioeconómicos en el nivel de conocimientos sobre medidas de prevención del embarazo en adolescentes atendidas en el hospital MINSA II – 2 – Tarapoto, Julio – Diciembre 2015, el cual permite contribuir a la reducción del embarazo adolescente reconocido por la OPS OMS como un problema de salud pública. Así mismo al conocer estos factores nos permite abordar oportunamente el problema para evitar la muerte de las madres adolescentes, de los niños por nacer y recién nacidos.

Producto de la investigación se muestra en el primer resultado que de las 92 gestantes encuestadas para identificar los factores sociales, en relación a la edad el mayor porcentaje fluctúa entre 17 a 19 años con 87% (80), seguido de las 14 a 16 años con 13% (12). Además el 63% (58) son convivientes, el 65,2% (60) tienen grado de instrucción secundaria y proceden de la zona rural respectivamente 65,2% (60) y el 56,5% (52) predominantemente profesan la religión católica.

Así mismo se encontró que el inicio de relaciones sexuales de las gestantes adolescentes, el 52,2% (48) iniciaron entre los 17 – 19 años de edad y el 47,8% (44) entre los 14 – 16 años. Además el 34,8% (32) de las gestantes adolescentes viven con otro familiar y el 32,6% (30) respectivamente viven solo con uno de los padres o ambos padres.

Los datos encontrados concuerdan con lo encontrado por Merino E, Rosales E, López C. (2010), que el inicio de relaciones sexuales en este grupo de adolescentes embarazadas fue a la edad de los 16 años (15); otro grupo, expresó, que iniciaron su actividad sexual entre los 17 años (9) y 18 años (6). Así mismo concuerda con lo encontrado por Vega R, Hernández G. (2009), que el 21% de las madres entrevistadas fueron influenciadas por los factores socioculturales. También concuerda con Alarcón R, Coello J, Cabrera J, Monier G. (2009), donde el 36% de los casos no convivían con sus padres, mientras que en los controles esto sucedió en un 26,7% por lo tanto demostró que las adolescentes que no vivían con sus padres tenían 2,61 veces más probabilidad de concebir un embarazo no deseado que las que si conviven con sus padres, el no tener relaciones adecuadas con los padres, no recibir apoyo espiritual de la pareja, no mantener relaciones estables de pareja conllevan al embarazo adolescente.

A su vez concuerdan con lo hallado por Reyes R, Zeuli L. (2009), la edad en que predominó la ocurrencia de embarazos fue de 16 y 18 años, siendo para un 81% su primer embarazo, un 39% ha cursado su primaria completa y en un 36% secundaria incompleta, iniciaron su vida sexual después de los 14 años en un 58%, provenientes de familias desintegradas donde no existe comunicación entre padres e hijos. También concuerda con Pantoja G, Pinto M, Suarez M. (2009), el 50% de las adolescentes encuestada están entre la edad de 15 a 17 año, el 62% son solteras, 62.5% tienen secundaria completa, el 43.75% son

amas de casa, 18.7 estudiantes y el 87.5% viven en zonas rurales. 56% iniciaron sus relaciones sexuales entre los 12 – 15 años, 31% entre los 15 - 17 años, la edad más frecuente de las adolescentes embarazadas son las de 17 años representando al 31.4 %. El nivel educativo de este grupo representa al 58.8% que solo han concluido la secundaria completa. Que la edad en que iniciaron su primera relación sexual fue a los 16 años, teniendo un porcentaje de 27.5%, luego fue de 15 años con un 23.5% del total.

También concuerda con Ventura A. (2013), quien manifiesta que las conductas precoces sexuales ancoradas como causal del Embarazo Adolescente. También concuerda con Fernández C. (2010) la edad promedio de las embarazadas adolescentes fue de 17.1 años; de estado civil solteras 24.8%; de grado de instrucción secundaria incompleta 50.3% de ocupación ama de casa 88.0%. También concuerda con Tuanama, L. (2013) el 93.8% de las adolescentes embarazadas mantuvo una deficiente comunicación con sus padres y el 62.5% de las adolescentes embarazadas inicio su vida sexual entre las edades de 14 – 15 años. Otro factor relevante fue el inadecuado ambiente familiar, en el 56.3% de las adolescentes, cuyos padres son separados/ divorciados y el 25% de las adolescentes tiene padres solteros. Además concuerda con Navarro M, López A. (2012) el 50.6% de los adolescentes se ubican en el grupo de edad de 14 a 16 años; el 68.4%, son estudiantes; el 60.8% tienen pareja; el 54.7

En relación a lo analizado podemos definir que los factores sociales como la edad, el inicio precoz de las relaciones sexuales, la deficiente comunicación con los padres, el vivir con otros familiares, la educación secundaria incompleta son factores que están presentes en el embarazo adolescente, lo cual determina que la presencia de algunas de ellas amerita intervenirla oportunamente para la prevención de este problema de salud pública.

El segundo resultado nos muestra los Factores Económicos de las gestantes adolescentes, donde el 97,8% (90) su padre o madre trabajan, el 93,5% (86) refieren que la pareja si trabaja y el 73,9% (68) manifiesta que dependen económicamente de la pareja. El ingreso familiar de las gestantes adolescentes oscila entre 501 – 999 soles con 56,5%(52) y menos de 500 soles con 39,1% (36). Solo un 4,3% (04) manifiesta que su ingreso es mayor a los 1,001 nuevos soles.

Los datos hallados concuerdan con lo reportado por Merino E, Rosales E, López C. (2010), menos de la mitad de las adolescentes expresaron que los ingresos económicos para el sostenimiento de la familia provenían de ambos progenitores (Padre y Madre), a diferencia de una quinta parte de ellas dijeron que el sostenimiento provenía solo de la madre. También concuerdan con lo encontrado por Reyes R, Zeuli L. (2009), ocurre el embarazo en adolescentes de escasos recursos económicos. A su vez Sánchez A. (2009), quien indica que el factor que

más reincide es el económico. Además concuerda con Gonzales M, Miranda R. (2013), el 91.5% son de bajos recursos económicos.

Por lo anterior mencionado podemos deducir que los factores económicos que están presentes en el embarazo adolescente son la pareja y los padres quienes brindan el soporte económico y en su mayoría tienen un ingreso económico medio. Por lo tanto nos demanda tomar atención en las familias de medio a bajo recursos económicos para educar y orientar oportunamente a la población y evitar este problema de salud pública.

El tercer y cuarto resultados están relacionados y nos muestran que el nivel de conocimiento que tienen las gestantes adolescente sobre medidas de prevención del embarazo, donde la mayoría el 39,1% (36) se ubican en el Nivel de Conocimiento Medio, seguido del 32,6% (30) en nivel Alto y el 28,3% (26) en nivel Bajo. Lo cual se relaciona con algunas manifestaciones dadas como el 89% (82) de las gestantes adolescentes refieren conocer que deben hacer si consideran que quedaron embarazadas, el 87% (80) sabe que debe usar protección durante las relaciones sexuales, el 83% (76) conoce sobre la píldora del día siguiente, el 72% (66) conoce como colocar un condón, el 65% (60) sabe decir No ante acciones que no quiere realizar y cómo no ceder a la presión de sus compañeros. Asimismo, el 61% (56) refiere que conoce de las acciones que resultaran o no en un embarazo.

Además encontramos que el 59% (54) refiere desconocer sobre la efectividad de los métodos anticonceptivos, el 57% (52) desconoce del uso adecuado de ellos y el 54% (50) desconoce el adecuado uso de la píldora del día siguiente.

Lo anterior mencionado guarda relación con lo encontrado por Merino E, Rosales E, López C. (2010), donde el mayor número de las adolescentes encuestadas expuso que no usaron ningún método de planificación familiar; la mitad de las adolescentes entrevistadas dijeron que los métodos de planificación familiar que conocen son: las inyecciones, pastillas y el preservativo, y solamente tres de las jóvenes dicen no conocer ningún método de planificación familiar; y no conocer o no saben sobre el uso correcto de los métodos de planificación familiar.

También concuerdan con lo hallado por Vega R, Hernández G. (2009), donde el 54% refieren no recibir información sobre los riesgos que tiene una mujer al embarazarse antes de los 18 años de edad, el 45% manifestó recibir algún grado de orientación, sin embargo esta carece de calidad. Así mismo concuerda con Alarcón R, Coello J, Cabrera J, Monier G. (2009), donde el 68% de la población estudiada no usa ningún método anticonceptivo siendo más evidente esta situación en las muchachas que se embarazaron, mientras que en los controles esto se comportó en un 44%. El 72% de las jóvenes que se embarazaron mantenían una relación inestable mientras que en los controles esta característica se observó en el 22,7%

A su vez concuerda con Pantoja G, Pinto M, Suarez M. (2009), encontró que el 87.5% no utilizaron ningún método anticonceptivo, 88% fue un embarazo no planificado y el 50% tenían antecedentes familiares de embarazo precoz. Además concuerda con Diego P, Huarcaya G. (2009), encontró que el 65% tuvieron la influencia de un familiar que se embarazó en la adolescencia, el 35% refirió tener una mala relación con sus padres, el 60% refirieron que la reacción de sus parejas fue positiva, el 70% de las multigestas refirieron nunca haber usado un método anticonceptivo.

A su vez concuerda con Tuanama, L. (2013), encontró un inadecuado ambiente familiar, en el 56.3% de las adolescentes, cuyos padres son separados/ divorciados y el 25% de las adolescentes tiene padres solteros, ello muestra que la situación conyugal inestable de los padres afecta directamente al adolescente. También concuerda con Navarro M, López A. (2012), tienen un buen nivel de conocimiento sobre sexualidad, el 70.9% con un nivel de conocimiento alto y 22.8% con nivel de conocimiento medio. Tiene un nivel de conocimientos alto en las dimensiones: Anatomía y Fisiología Sexual el 43.0%; sobre salud sexual y reproductiva el 57%; en prevención de ITS y VIH-SIDA, el 50.6%; y sobre los métodos anticonceptivos, el 56%. En lo referido a las actitudes sexuales de los adolescentes la urbanización presentan actitudes sexuales favorables como: sexualidad, el 79.7%; responsabilidad y prevención del riesgo sexual 83.5%; en la dimensión libertad para tomar

decisiones el 58.2%; en la dimensión de autonomía el 81.0%; en la dimensión sexualidad y amor obtuvo el 74.7%.

Del análisis podemos concluir que el nivel de conocimiento que tienen las gestantes adolescente sobre medidas de prevención del embarazo es medio a alto. Sin embargo es importante mencionar que este conocimiento es superficial y las decisiones son poco practicadas ya que llegan a iniciar su actividad sexual y no se protegen porque las adolescentes desconocen sobre la efectividad de los métodos anticonceptivos, el uso adecuado de ellos y el de la píldora del día siguiente. Lo cual demanda una mayor intervención de salud preventiva promocional articulado con el sector educación y otras entidades que atienden a las adolescentes.

El quinto y sexto resultado nos muestran que los principales factores sociales de mayor influencia en el nivel de conocimiento sobre medidas de prevención del embarazo en adolescentes son el Grado de Instrucción ($X^2 = 8,975$; $p = 0,0110$) y al tipo de Institución Educativa ($X^2 = 10,776$; $p = 0,0050$). Además que los factores económicos de mayor influencia se reportan al Ingreso Familiar ($X^2 = 9,961$; $p = 0,0460$) y que la pareja trabaje ($X^2 = 8,147$; $p = 0,0170$).

Datos que concuerdan con lo hallado por Vega R, Hernández G. (2009), los factores socioculturales y económicos, el 21% de las madres entrevistadas si fueron influenciadas. También con lo encontrado por Alarcón R, Coello J, Cabrera J, Monier G. (2009), demostró que si existió

influencia entre los factores dependientes de la vida familiar y personal de las adolescentes y la incidencia de gestaciones precoces, así mismo concuerda con lo encontrado por Gonzales M, Miranda R. (2013), concluye que los factores sociales del entorno familiar están relacionados al embarazo en adolescentes significativamente en comparación con los otros factores. También con lo encontrado por Alarcón R, Coello J, Cabrera J, Monier G. (2009) demostró que las adolescentes que no reciben apoyo espiritual y económico de la pareja o la familia tienen 18 veces mayor probabilidad de concebir un embarazo. A su vez concuerda con Diego P, Huarcaya G. (2009), en conclusión los factores sociales familiares y el inicio de relaciones sexuales a edad muy temprana están asociados al embarazo precoz. También concuerda con Tuanama, L. (2013), la sexualidad mal orientada y el inadecuado ambiente familiar son los factores psicosociales predisponentes del embarazo adolescente.

De lo antes mencionado podemos concluir que los factores sociales y económicos juegan un papel importante para la prevención del embarazo adolescente, por lo cual debemos abordarlos antes del embarazo a través de los diferentes programas que existen en los sectores salud y educación.

En general el embarazo en adolescentes es un problema de salud que está presente y amerita ser abordado, para lo cual se determinó que los factores socioeconómicos son los que afectan el problema, por lo cual amerita tomar estrategias y acciones inmediatas para revertir el problema.

VI. CONCLUSIONES:

- Las gestantes adolescentes atendidas en el Hospital MINSA II – 2 Tarapoto, durante el periodo Julio – Diciembre 2015 presentan como factores sociales: el 87% (80) edad 17 - 19 a; 63% (58) son convivientes, 65,2% (60) grado de instrucción secundaria, 84,8% (78) estudian en una I.E. Pública, 65,2%(60) proceden de zona rural, 56,5%(52) de religión católica, 52,2% (48) iniciaron sus relaciones sexuales 17 – 19 a, 34,8% (32) viven con otro familiar. Los factores económicos: 97,8% (90) su padre o madre trabajan, 93,5% (86) la pareja trabaja, 73,9% (68) dependen económicamente de la pareja; 56,5%(52) el ingreso familiar oscila entre 501 – 999 soles.
- El nivel de conocimiento sobre medidas de prevención del embarazo en gestante adolescentes atendidas en el Hospital MINSA II – 2 Tarapoto, julio – diciembre 2015 es nivel de conocimiento medio con el 39,1% (36), seguido del nivel Alto del 32,6% (30).
- Los principales factores sociales de mayor influencia en el nivel de conocimiento sobre medidas de prevención del embarazo en adolescentes atendidas en el Hospital MINSA II – 2 Tarapoto, son el Grado de Instrucción ($X^2 = 8,975$; $p = 0,0110$) y al tipo de Institución Educativa ($X^2 = 10,776$; $p = 0,0050$). Los factores económicos de mayor influencia se reporta al Ingreso Familiar ($X^2 = 9,961$; $p = 0,0460$) y que la pareja trabaje ($X^2 = 8,147$; $p = 0,0170$).

VII. RECOMENDACIONES:

- Al ministerio de salud y educación, trabajar articuladamente en la prevención del embarazo adolescente, enfocando la intervención en la población más vulnerable según factores socioeconómicos relevantes como el grado de instrucción, tipo de institución educativa, ingreso familiar y que la pareja trabaje.
- Al personal de salud, enfatizar en la prevención educando a los adolescentes para profundizar el conocimiento en relación a la efectividad y uso de los métodos anticonceptivos y la píldora de emergencia que son las condiciones que desconocen.
- A la sociedad, las familias y los padres en su conjunto orientar en la prevención del embarazo a sus hijos y generar una mayor comunicación y relación con ellos.
- Al sector educación considerar en el programa de tutoría en el marco de la educación sexual integral, abordar el tema de prevención del embarazo, ya que a pesar de tener un mayor nivel educativo las adolescentes tiene mayores posibilidades de embarazarse.

VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS:

1. Aramayo M, Yaksic P. Embarazo y Adolescencia. Bolivia 2009.
Revista Boliviana Ginecología y Obstetricia. Vol. 8 (2): 9 – 16; 2009.
2. Arechavaleta H, Uzategui O. Embarazo de adolescentes. Venezuela 2009. Rev. Venezuela Ginecología y Obstetricia. Vol. 45(2): 89 – 91; 2009.
3. Ariso M. Embarazo de la Adolescente. Acta médica. Costa Rica 28 (2): 103 – 106; 2009.
4. UNFPA – Fondo de Población de las Naciones Unidas. Estado de la población mundial 2013. Maternidad en la niñez – enfrentar el reto del embarazo en adolescentes. Editor: Richard Kollodge. New York, NY 10158. Estados Unidos de América. 2013. www.unfpa.org.
5. MINSA. Embarazos en adolescentes en el Perú. NLM. 2012. Volumen 1. 40(5):679-86
<http://www.minsa.gob.pe/portada/especiales/2011/prevemb/embarazosadols.html>. Lima - Perú.
6. MINSA. Embarazo adolescentes. Perú 2012. 15.01.15; 6:30 pm.
http://www.minsa.gob.pe/portada/Especiales/2012/prevembarazo/prv_emb_embarazosadolescentes.html

7. Publimetro. Vida y Estilo. Tasa de embarazo adolescente en critica. Perú 2014. Miércoles 19 de marzo del 2014. 15.01.14; 7:00 pm.
<http://publimetro.pe/vida-estilo/noticia-tasa-embarazos-adolescentes-critica-21344>
8. Minaya P. Ministerio de Salud. Situación del Embarazo Adolescente, avances y desafíos en la Salud Sexual y Reproductiva de las y los Adolescentes. 2012.
<http://www.mesadeconcertacion.org.pe/documentos/documentos/PR ESENTACION-VICEMINISTRO-DE-SALUD.pdf>
9. Gozzano O. Comportamiento sexual y gestación en adolescentes. Brasil 2009. Rev. Ginecología Brasileira 100(516): 125 – 128; 2009.
10. Merino E, Rosales E. Factores que influyen en el embarazo de las adolescentes inscritas en el programa de atención materna de unidad de salud Altavista, enero a junio de 2010. Universidad de el Salvador. Facultad de Medicina. Maestría en Salud Pública. X Generación. Tesis para optar el grado de maestro en salud Pública. 2011.
Consulta: 11.09.15 7:41 am.
http://www.medicina.ues.edu.sv/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=57&Itemid=85.
11. Vega R, Hernández G. Factores que intervienen en el embarazo precoz en las mujeres menores de 18 años de la Comunidad Nueva

Libertad Sayaxche Peten. Universidad de San Carlos de Guatemala.
Facultad de Ciencias Médicas. Escuela Nacional de Enfermeras de
Guatemala. 2009. Consulta: 11.09.15 5:51 pm.
http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/05/05_8585.pdf

12. Alarcón R, Coello J, Cabrera J, Monier G. Factores que influyen en el
embarazo en la adolescencia. Artículo. Cuba. 2009. Consulta:
11.09.15 06:35 am. http://www.bvs.sld.cu/revistas/enf/vol25_1-2_09/enf071_209.htm

13. Reyes R, Zeuli L. Factores que predispone la ocurrencia de
embarazos en adolescentes. Colonia flor del campo, Comayagüela,
Hondura. 2009. Universidad Nacional Autónoma De Nicaragua; 2009.
Consulta: 11.09.15 6:42 pm.
<http://www.slideshare.net/rocartoom7/factores-que-predisponen-al-embarazo-en-adolescentes>.

14. Pantoja G, Pinto M, Suarez M. Factores que influyen en las
adolescentes embarazadas que acuden a la consulta Prenatal del
Ambulatorio urbano tipo I “El Ujano”. Barquisemeto, junio noviembre
2009”. Universidad Centroccidental Lisandro Alvarado. Consulta:
11.09.15 6:50pm.
http://bibmed.ucla.edu.ve/edocs_bmucla/textocompleto/TIWS460DV4P35f2005.pdf

15. Sánchez A. Embarazo Adolescente, caso del Hospital Obstétrico Pachuca, México. Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo. Instituto de Ciencias Sociales y Humanidades. Area Académica de Trabajo Social. Tesis para optar el título de licenciado en asistencia social. 2009. Consulta: 11.09.15 7:21 pm. <http://dgsa.uaeh.edu.mx:8080/bibliotecadigital/bitstream/231104/608/1/Embarazo%20en%20las%20adolescentes.pdf>
16. Gonzales M, Miranda R. Factores biopsicosociales relacionados al embarazo en adolescentes del Centro Materno Infantil "Juan Pablo II" de Villa el Salvador 2013. Lima Perú. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Facultad Ciencias de la Salud. Escuela Académica Profesional de Obstetricia. 2013. Consulta: 12.09.15 5:26 am. <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/xmlui/handle/cybertesis/3236?show=full>
17. Ventura A. Significado social del embarazo adolescente desde la perspectiva del adolescente de la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo – Chiclayo, Perú 2013. Tesis para optar el título de Licenciado en enfermería. Consulta: 12.09.15 6:05 am. http://tesis.usat.edu.pe/jspui/bitstream/123456789/296/1/TL_Ventura_Rojas_AngelaKatherine.pdf
18. Fernández C. “Perfil epidemiológico del embarazo en adolescentes en el Hospital Amazónico de Yarinacocha, Ucayali - periodo 2010”, Universidad Nacional de San Martín Tarapoto. Facultad Ciencias de

la Salud. Escuela Académica Profesional de Obstetricia. Tesis para obtener el título profesional de Obstetra. 2012. Consulta: 12.09.15 7:02 am. <http://tesis.unsm.edu.pe:8080/jspui/handle/11458/532>

19. Diego P, Huarcaya G. Factores familiares y reproductivos asociados al embarazo reincidente en adolescentes-Instituto Nacional Materno Perinatal”. Universidad Mayor de San Marcos. Facultad de Medicina. Escuela Académica Profesional de Obstetricia. 2009. Consulta: 12.09.15 5:13 am <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/1144>.

20. Tuanama L. Factores psicosociales predisponentes del embarazo en adolescentes atendidas en el Hospital II – 1 MINSA Moyobamba, marzo – mayo 2013. Universidad Nacional de San Martín. Facultad de Ciencias de la Salud. Escuela Académico Profesional de Obstetricia. 2013. Tesis para optar el título profesional de Obstetra.

21. Navarro M, López A. Nivel de conocimiento y actitudes sexuales en adolescentes de la urbanización las palmas – distrito de morales, periodo junio setiembre 2012. Universidad Nacional de San Martín. Facultad Ciencias de la Salud. Escuela Académico Profesional de Obstetricia. Tesis para obtener el título profesional de obstetra. 2012. consulta: 12.09.15 6:39 am. http://www.academia.edu/8841844/universidad_nacional_de_san_martin_para_obtener_el_titulo_profesional_de_obstetra_autores.

22. OMS. Salud de la Madre, el recién nacido, del niño y del adolescente. EE.UU. 2012 Consulta: 13.09.15 5:23 am. 2015. http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/es/
23. Vázquez A. Factores que influyeron en la ocurrencia de embarazos en adolescentes en el barrio playa blanca. Peten San Benito, Tesis. Universidad San Carlos de Guatemala. Diciembre 2007 a Mayo 2008. http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/05/05_8593.pdf.
24. Villanueva R. Derecho a la salud, perspectiva de género y multiculturalismo. 1a ed. Lima: Palestra Editores. 2009.
25. Grosso J. Mente y conducta [Estudios de post grado] Mérida – Venezuela.- Servicio de publicaciones, Universidad Central de Venezuela. 2009.
26. Wartosfsky M. Introducción a la filosofía de la ciencia. Madrid-España: Ed. Alianza Universidad. 2009.
27. Feyrabend P. Tratado contra el método. Madrid-España: Ed. Tecno. 2009.
28. Bartolo A. Introducción a la metodología de la investigación. Caracas Venezuela: Ed. Planeta Ariel. 2009.

29. Rodríguez K. Adolescentes Embarazo. Como prevenir el embarazo precoz. Wikihow. México. Consulta 03.11.15 06:10 am.
<http://es.wikihow.com/prevenir-el-embarazo-precoz>
30. Lifshitz A. Posted in Niños y Adolescentes, Salud Sexual. 12 métodos anticonceptivos que todo adolescente debe conocer. Vida y Salud. Los Ángeles EEUU. 2015. Consulta 03.11.15 06:20 am.
<http://www.vidaysalud.com/diario/ninos-y-adolescentes/metodos-anticonceptivos-para-adolescentes-enterate/>

IX. ANEXOS:

Anexo N° 01: Instrumento de recolección de datos

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTIN FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA

Estudio: Prevención del embarazo en adolescentes:

Factores socioeconómicos y nivel de conocimiento en pacientes atendidas en el hospital MINSA II – 2 MINSA- Tarapoto, Julio – Diciembre 2015.

CUESTIONARIO

Presentación: Buenos días, somos estudiantes de la Carrera Profesional de Obstetricia de la Facultad Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional de San Martín, la presente encuesta tiene como propósito determinar los factores sociales y económicos que influyen en el nivel de conocimiento de la prevención del embarazo en adolescentes, recuerda que toda la información que nos brindes será absolutamente confidencial y anónima. Los datos serán usados únicamente para fines de la investigación

Instrucciones: Por favor marque con una X en el casillero que refleje más su forma de pensar o de sentir y amplíe la respuesta según la repregunta. Recuerde que no es un examen, no existen respuestas malas ni buenas. Por favor, no deje ninguna pregunta sin contestar.

N° :.....

CUESTIONARIO DE CARACTERISTICAS SOCIOECONOMICAS DE LOS ADOLESCENTES

I. FACTORES SOCIALES:

1. Edad <ul style="list-style-type: none"> • 10 –13 años () • 14- 16 años () • 17-19 años () 	2. Estado Civil <ul style="list-style-type: none"> • Casada () • Conviviente () • Soltera () 	3. Grado de Instrucción <ul style="list-style-type: none"> • Analfabeta () • Primaria () • Secundaria ()
4. Tipo de Institución Educativa <ul style="list-style-type: none"> • Publica () • Privada () 	5. Procedencia <ul style="list-style-type: none"> • Urbano () • Urbano marginal () • Rural () 	6. Inicio de Relaciones Sexuales <ul style="list-style-type: none"> • 10 –13 años () • 14- 16 años () • 17-19 años ()
7. Convivencia con los padres <ul style="list-style-type: none"> • Ambos () • Solo con uno () • Con otro familiar () 	8. Religión <ul style="list-style-type: none"> • Católica () • Evangélico () • Adventista () • Ateo/a () 	

II. FACTORES ECONÓMICOS

9. ¿Padre o madre trabajan? <ul style="list-style-type: none"> • Si () • No () 	10. ¿Pareja trabaja? <ul style="list-style-type: none"> • Si () • No () 	11. Ingreso familiar aproximado <ul style="list-style-type: none"> a) < o = 500 soles () b) 501 – 999 soles () a) > o = 1001 soles ()
12. Dependencia económica <ul style="list-style-type: none"> • Padres () • Pareja () • Otros () 		

III. NIVEL DE CONOCIMIENTO:

1. ¿Conoces como no ceder a la presión de tus compañeros?
Si () No ()

2. ¿Conoces como decir no a las acciones que no quieres realizar?
Si () No ()

3. ¿Conoces de las acciones que resultaran o no en un embarazo?
Si () No ()

4. ¿Conoces de la efectividad de los métodos anticonceptivos?
Si () No ()

5. ¿Conoces que debes usar como protección durante las relaciones sexuales?
Si () No ()

6. ¿Conoces cómo poner un condón?
Si () No ()
7. ¿Conoces de la planificación familiar natural?
Si () No ()
8. ¿Conoces del adecuado uso de los métodos anticonceptivos?
Si () No ()
9. ¿Conoces de la píldora del día siguiente?
Si () No ()
10. ¿Conoces del adecuado uso de la píldora del día siguiente?
Si () No ()
11. ¿Conoces que hacer si consideras que quedaste embarazada?
Si () No ()

¡Gracias por su colaboración!

Anexo N° 02: Otros datos relevantes del estudio

Tabla N° 07: Edad y Nivel de Conocimiento sobre medidas de prevención del embarazo en adolescentes atendidas en el Hospital MINSA II– 2 Tarapoto, julio – Diciembre 2015

Tabla de contingencia

		Nivel de Conocimiento			Total	
		Alto	Bajo	Medio		
Edad	14 - 16 años	Recuento	0	8	4	12
		% dentro de Edad	0,0%	66,7%	33,3%	100,0%
	17 - 19 años	Recuento	30	18	32	80
		% dentro de Edad	37,5%	22,5%	40,0%	100,0%
Total		Recuento	30	26	36	92
		% dentro de Edad	32,6%	28,3%	39,1%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	Gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	5,911	2	,052
N de casos válidos	46		

Tabla N° 08: Estado Civil y Nivel de Conocimiento sobre medidas de prevención del embarazo en adolescentes atendidas en el Hospital MINSA II– 2 Tarapoto, julio – Diciembre 2015

Tabla de contingencia

			Nivel de Conocimiento			Total
			Alto	Bajo	Medio	
Estado Civil	Casada	Recuento	4	2	6	12
		% dentro de E_Civil	33,3%	16,7%	50,0%	100,0%
	Conviviente	Recuento	24	12	22	58
		% dentro de E_Civil	41,4%	20,7%	37,9%	100,0%

Soltera	Recuento	2	12	8	22
	% dentro de E_Civil	9,1%	54,5%	36,4%	100,0%
Total	Recuento	30	26	36	92
	% dentro de E_Civil	32,6%	28,3%	39,1%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	6,327	4	,176
N de casos válidos	46		

Tabla N° 09: Grado de Instrucción y Nivel de Conocimiento sobre medidas de prevención del embarazo en adolescentes atendidas en el Hospital MINSA II– 2 Tarapoto, julio – Diciembre 2015

Tabla de contingencia

			Nivel de Conocimiento			Total
			Alto	Bajo	Medio	
Grado de Instrucción	Primaria	Recuento	2	16	12	30
		% dentro de G_Inst	6,7%	53,3%	40,0%	100,0%
	Secundaria	Recuento	26	10	24	60
		% dentro de G_Inst	43,3%	16,7%	40,0%	100,0%
Total	Recuento	28	26	36	90	
	% dentro de G_Inst	31,1%	28,9%	40,0%	100,0%	

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	8,975	2	,011
N de casos válidos	45		

Tabla N° 10: Tipo de Institución Educativa y Nivel de Conocimiento sobre medidas de prevención del embarazo en adolescentes atendidas en el Hospital MINSA II– 2 Tarapoto, julio – Diciembre 2015

Tabla de contingencia						
			Nivel de Conocimiento			Total
			Alto	Bajo	Medio	
T_Institución Educativa	Pública	Recuento	18	26	34	78
		% dentro de T_I_educat	23,1%	33,3%	43,6%	100,0%
	Privada	Recuento	12	0	2	14
		% dentro de T_I_educat	85,7%	0,0%	14,3%	100,0%
Total	Recuento	30	26	36	92	
	% dentro de T_I_educat	32,6%	28,3%	39,1%	100,0%	

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	10,776	2	,005
N de casos válidos	46		

Tabla N° 11: Procedencia y Nivel de Conocimiento sobre medidas de prevención del embarazo en adolescentes atendidas en el Hospital MINSA II– 2 Tarapoto, julio – Diciembre 2015

Tabla de contingencia						
			Nivel de Conocimiento			Total
			Alto	Bajo	Medio	
Procedencia	Urbano	Recuento	10	4	2	16
		% dentro de Proced	62,5%	25,0%	12,5%	100,0%
	Urbano – Marginal	Recuento	0	8	8	16
		% dentro de Proced	0,0%	50,0%	50,0%	100,0%

Rural	Recuento	20	14	26	60
	% dentro de Proced	33,3%	23,3%	43,3%	100,0%
Total	Recuento	30	26	36	92
	% dentro de Proced	32,6%	28,3%	39,1%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	8,258	4	,083
N de casos válidos	46		

Tabla N° 12: Inicio de Relaciones Sexuales y Nivel de Conocimiento sobre medidas de prevención del embarazo en adolescentes atendidas en el Hospital

MINSA II– 2 Tarapoto, julio – Diciembre 2015

Tabla de contingencia

		Nivel de Conocimiento			Total
		Alto	Bajo	Medio	
I_RS	Recuento	14	12	18	44
	14 – 16 años % dentro de I_RS	31,8%	27,3%	40,9%	100,0%
	Recuento	16	14	18	48
	17 – 19 años % dentro de I_RS	33,3%	29,2%	37,5%	100,0%
Total	Recuento	30	26	36	92
	% dentro de I_RS	32,6%	28,3%	39,1%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,057	2	,972
N de casos válidos	46		

Tabla N° 13: Convivencia con los Padres y Nivel de Conocimiento sobre medidas de prevención del embarazo en adolescentes atendidas en el Hospital MINSA II– 2 Tarapoto, julio – Diciembre 2015

Tabla de contingencia						
			Nivel de Conocimiento			Total
			Alto	Bajo	Medio	
Convivencia Padres	Ambos	Recuento	14	8	8	30
		% dentro de C_padres	46,7%	26,7%	26,7%	100,0%
	Solo con uno	Recuento	4	6	20	30
		% dentro de C_padres	13,3%	20,0%	66,7%	100,0%
	Con otro Familiar	Recuento	12	12	8	32
		% dentro de C_padres	37,5%	37,5%	25,0%	100,0%
Total	Recuento	30	26	36	92	
	% dentro de C_padres	32,6%	28,3%	39,1%	100,0%	

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	7,913	4	,095
N de casos válidos	46		

Tabla N° 14: Religión y Nivel de Conocimiento sobre medidas de prevención del embarazo en adolescentes atendidas en el Hospital MINSA II– 2 Tarapoto, julio – Diciembre 2015

Tabla de contingencia					
			Nivel de Conocimiento		
			Alto	Bajo	Medio
Religión	Católica	Recuento	12	14	26
		% dentro de Relig	23,1%	26,9%	50,0%
	Evangélica	Recuento	14	6	8
		% dentro de Relig	50,0%	21,4%	28,6%
	Adventista	Recuento	2	6	2

	% dentro de Relig	20,0%	60,0%	20,0%	100,0%
Ateo/a	Recuento	2	0	0	2
	% dentro de Relig	100,0%	0,0%	0,0%	100,0%
Total	Recuento	30	26	36	92
	% dentro de Relig	32,6%	28,3%	39,1%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	8,015	6	,237
N de casos válidos	46		

Tabla N° 15: Padre y/o madre trabajan y Nivel de Conocimiento sobre medidas de prevención del embarazo en adolescentes atendidas en el Hospital MINSA

II– 2 Tarapoto, julio – Diciembre 2015

Tabla de contingencia

			Nivel de Conocimiento			Total
			Alto	Bajo	Medio	
Padre, Madre Trabajan	Si	Recuento	28	26	36	90
		% dentro de P_M_Trab	31,1%	28,9%	40,0%	100,0%
	No	Recuento	2	0	0	2
		% dentro de P_M_Trab	100,0%	0,0%	0,0%	100,0%
Total		Recuento	30	26	26	92
		% dentro de P_M_Trab	32,6%	28,3%	39,1%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	2,113	2	,348
N de casos válidos	46		

Tabla N° 16: Pareja Trabaja y Nivel de Conocimiento sobre medidas de prevención del embarazo en adolescentes atendidas en el Hospital MINSA II– 2 Tarapoto, julio – Diciembre 2015

Tabla de contingencia Pareja T * N_Con						
			Nivel de Conocimiento			Total
			Alto	Bajo	Medio	
Pareja Trabaja	Si	Recuento	30	20	36	86
		% dentro de Pareja T	34,9%	23,3%	41,9%	100,0%
	No	Recuento	0	6	0	6
		% dentro de Pareja T	,0%	100,0%	,0%	100,0%
Total	Recuento		30	26	36	92
	% dentro de Pareja T		32,6%	28,3%	39,1%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	8,147 ^a	2	,017
N de casos válidos	46		

Tabla N° 17: Ingreso Familiar y Nivel de Conocimiento sobre medidas de prevención del embarazo en adolescentes atendidas en el Hospital MINSA II– 2 Tarapoto, julio – Diciembre 2015

Tabla de contingencia IngreFam2 * N_Con						
			Nivel de Conocimiento			Total
			Alto	Bajo	Medio	
Ingreso Familiar	< 500	Recuento	20	8	8	36
	S/.	% dentro de IngreFam2	55,6%	22,2%	22,2%	100,0%
	501 –	Recuento	10	18	24	52
	999 S/.	% dentro de IngreFam2	19,2%	34,6%	46,2%	100,0%
	> 1001	Recuento	0	0	4	4
	S/.	% dentro de IngreFam2	,0%	,0%	100,0%	100,0%
Total		Recuento	30	26	36	92
		% dentro de IngreFam2	32,6%	28,3%	39,1%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	9,691 ^a	4	,046
N de casos válidos	46		

Tabla N° 18: Dependencia Económica y Nivel de Conocimiento sobre medidas de prevención del embarazo en adolescentes atendidas en el Hospital MINSA

II– 2 Tarapoto, julio – Diciembre 2015

Tabla de contingencia

			Nivel de Conocimiento			Total
			Alto	Bajo	Medio	
Dependencia Económica	Padres	Recuento	2	8	8	18
		% dentro de Dep_Econ	11,1%	44,4%	44,4%	100,0%
	Pareja	Recuento	24	16	28	68
		% dentro de Dep_Econ	35,3%	23,5%	41,2%	100,0%
	Otros	Recuento	4	2	0	6
		% dentro de Dep_Econ	66,7%	33,3%	0,0%	100,0%
Total	Recuento	30	26	36	92	
	% dentro de Dep_Econ	32,6%	28,3%	39,1%	100,0%	

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	4,824	4	,306
N de casos válidos	46		